

Revista de ciencias psicológicas y neurológicas

VOL. 1 No. 1 LIMA, SETIEMBRE 1964

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PERSONAL DOCENTE

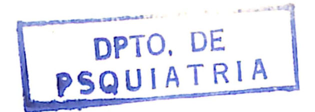
Profesor Titular Principal	*Dr. Carlos Alberto Seguín*
Profesor Asociado	*Dr. José Max Arnillas Arana*
" "	*Dr. Renato Castro de la Mata*
" "	*Dr. Oscar Valdivia Ponce*
" "	*Dr. Sergio Zapata Agurto*
Profesor Auxiliar	*Dr. José Alva Quiñones*
" "	*Dra. M. A. Silva de Castro*
" "	*Dr. Alberto Perales Cabrera*
Encargado de la Coordinación	*Dr. Max Silva Tuesta*
Jefe Instructor	*Dr. Ethel Bazán Vidal*
" "	*Dr. Andrés Cáceres Bedoya*
" "	*Dra. Judith Calenzani Castillo*
" "	*Dr. Augusto Colmenares Murrugarra*
" "	*Dr. César Delgado Hurtado*
" "	*Dr. Hugo Díaz Vásquez*
" "	*Dr. Enrique Ghersi Belaúnde*
" "	*Dr. Efraín A. Gómez*
" "	*Dr. Walter Griebenow Estrada*
" "	*Dr. Carlos Gutiérrez Ferreira*
" "	*Dra. Elia Izaguirre León*
" "	*Dr. Humberto Napurí Jordán*
" "	*Dr. Alberto Péndola Febres*
" "	*Dr. Saúl Peña Kalenkautzky*
" "	*Dr. Rubén Ríos Carrasco*
" "	*Dr. Oscar Ríos Reátegui*
" "	*Dr. Carlos Saavedra Suescum*
" "	*Dr. Hildebrando Salazar Inga*
" "	*Dra. Antonia Sánchez*
" "	*Dr. Roberto Villalón Rodríguez*
Psicólogo Clínico	*Dr. Juan Antonio Robles*
" "	*Dr. Hilarión Tovar Narrea*

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ASIGNATURA DE NEUROLOGIA

PERSONAL DOCENTE

Profesor Asociado encargado de la Asignatura	*Dr. Raúl Jerí*
Profesor Asociado	*Dr. Jacobo Silbermann*
" "	*Dr. Rodolfo Landa*
Profesor Auxiliar	*Dr. Manuel Pizarro*
" "	*Dr. Luis Aspauza*
Jefe Instructor	*Dr. Leoncio Acosta*
" "	*Dr. Pedro Ortiz*
" "	*Dr. César Sánchez Montenegro*
" "	*Dr. Eugenio Villar*
" "	*Dr. Luciano Vise*

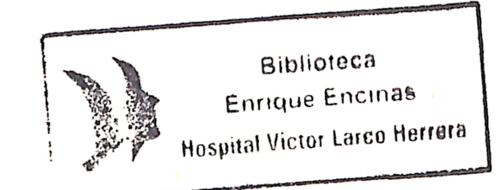




REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. I, Nº 1 SETIEMBRE, 1964 LIMA, PERU



REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. I, Nº 1 **SETIEMBRE, 1964** **LIMA, PERU**

Pág.

CONTENIDO

REVISTA DE REVISTAS



REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. I, Nº 1 SETIEMBRE, 1964 LIMA, PERU

EDITORIAL

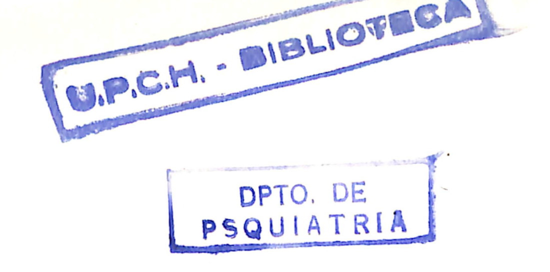
Durante varios años las cátedras de Psiquiatría y Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos publicaron una Revista que registraba su producción y expresaba las tendencias de su actividad científica. Al producirse la reorganización de la Facultad, en 1961, la revista dejó de aparecer y hoy, con nuevo nombre, encara la tarea de reflejar el nuevo espíritu de la enseñanza.

Ante todo, la antigua cátedra de Psiquiatría ha desaparecido como tal, siendo substituída por el Departamento de Ciencias Psicológicas y la de Neurología, incorporada al Departamento de Medicina, ha modificado fundamentalmente sus características al ritmo del espíritu renovado de la docencia toda.

Este primer número está dedicado a la publicación de los trabajos presentados en las jornadas que unieron a la Asociación Psiquiátrica Americana y el Departamento de Ciencias Psicológicas, en Lima en el mes de mayo de 1964. En esa oportunidad distinguidos representantes de la institución norteamericana, encabezados por su Presidente, Dr. Daniel Blain, el ex-Presidente, Dr. Jack Ewald y el Presidente-electo, Dr. Howard Rome, se reunieron con los miembros de nuestro Departamento en sesiones científicas en las que se leyeron y discutieron los trabajos que reproducimos en las páginas siguientes.

Es para nosotros una gran satisfacción comenzar la nueva etapa de nuestra Revista de esta manera y esperamos que, en el futuro, ella pueda transmitir la orientación de las ciencias psicológicas y neurológicas de la Facultad de Medicina y sirva, así, de heraldo de sus ideales y testigo de sus realizaciones.

LA DIRECCION



RELACIONES ENTRE LA PSIQUIATRIA LATINO-AMERICANA Y LA PSIQUIATRIA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Por *CARLOS ALBERTO SEGUIN* *

Al dar la bienvenida a los colegas que hoy nos visitan, nada me ha parecido más pertinente que decir unas palabras acerca de las relaciones entre la psiquiatría de los países latino-americanos y la que ellos tan dignamente representan.

Y aquí aparece la primera dificultad, dificultad que acaso refleja muchas otras. Por alguna razón que aún no alcanzo a comprender, en algún momento de la historia que sería interesante fijar, alguien, a quien sería necesario conocer, se apropió del nombre de *América* para los Estados Unidos y de *americanos* para los ciudadanos de ese país y, sin proponérselo, creó un grave problema internacional. Los que vivimos en el resto de la América nos sentimos heridos y, aparte de ese sentimiento, nos hallamos con una seria dificultad de expresión. ¿Cómo llamaremos a nuestros amigos? No podemos llamarlos, por supuesto, "americanos". "Norte-americanos" tampoco es justo, puesto que existe una nación de las nuestras en la América del Norte: México, y otra, el Canadá, que acaso resentiría también la generalización. En cuanto a "estadounidenses" suena, decididamente, muy mal, aparte de que hay en nuestra América, además de la gran nación del Norte, otros Estados Unidos: los de México, Venezuela y Brasil.

No se crea que estas palabras son una manera de pasar el tiempo o entretener vacíamente; no. Van más al fondo del problema de lo que

* Director del Departamento de Ciencias Psicológicas Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

parecería a primera vista, ya que hacen patente lo que ocurre en otros aspectos de nuestras relaciones. Muchos ciudadanos de los Estados Unidos creen sinceramente que el nombre de América les pertenece y que nosotros somos llamados sud-americanos porque nos hallamos precisamente, al sur de su país. De allí a una posición de paternalismo o subvaloración no hay más que un paso, si hay alguno.

No se necesita ser psiquiatra para comprender que quienes, por un motivo u otro, se hallan en una situación de inferioridad, se vuelven contra los que les llevan ventaja y usan una serie de mecanismos para resistirlos. No se necesita ser sociólogo para ver ese fenómeno una y otra vez en las relaciones entre los países latino-americano y los Estados Unidos, no solamente en lo que a los problemas de política internacional se refiere, sino en cada uno de los aspectos de su confrontación.

Así ha ocurrido, y ocurre en el campo de la Psiquiatría lo que nos pone en guardia y nos obliga a revisar una serie de conceptos en boga en los países latino-americanos tratando de analizarlos en conversación con nuestros amigos del norte, y, de esa manera, corregir errores, enmendar faltas y deshacer malentendidos, para que, en un cercano futuro, la psiquiatría Latino-americana obtenga de su asociación con la de los Estados Unidos todas las ventajas que pueda ofrecerle y que, a su vez, los colegas de la nación amiga puedan aprovechar lo que nosotros somos capaces de darles. Es decir, que nuestras relaciones se funden en una verdadera amistad.

Ante todo, la Psiquiatría en Latino-América se formó bajo la influencia de dos poderosas corrientes europeas: la francesa y la alemana. Los primeros profesores de nuestras Universidades fueron educados en Europa y de allá trajeron las ideas en boga y con ellas edificaron la naciente especialidad que era esencialmente descriptiva y taxonómica. Había aprendido de Francia la elegante, precisa y sabia observación clínica, de Alemania la tendencia ordenadora y clasificadora y de ambas una inclinación a considerar las influencias genéticas y hereditarias como básicas. El movimiento de la psiquiatría dinámica, cuya influencia en los Estados Unidos ha tenido características tan especiales, halló en nuestra América las mismas resistencias que en Europa y, como allá, se mantuvo limitada a ciertos círculos estrechamente ligados al psicoanálisis el que, por otra parte, y siguiendo también moldes europeos, se encerró en su torre de marfil y, salvo pocas excepciones, se desconectó de la vida universitaria y clínica.

No puedo entrar ahora al estudio de las razones que podrían aducirse para explicar este fenómeno. Sabemos bien que se ha dicho que, en los Estados Unidos, el auge de las doctrinas psicodinámicas se puede comprender, no por razones puramente científicas, sino, más bien, por causas cuya explicación se halla en fenómenos sociales e históricos que caracterizan su evolución como pueblo y como cultura. Puede ser ello cierto —no entraré a discutirlo ahora— pero la verdad es que la aceptación arrolladora de las doctrinas freudianas y de los conceptos psicodinámicos en general, alejó pronto la psiquiatría de los Estados Unidos de la de Europa y, consiguientemente, de la de Latino-América.

Los psiquiatras formados en nuestras Universidades y los de los Estados Unidos hablaban, pues, idiomas distintos y no podían entenderse.

Poco a poco, sin embargo, la situación cambió, pero no para mejorar. Hasta antes de la primera guerra mundial, nuestros estudiosos desconocían a los Estados Unidos y solamente luego de la segunda guerra se establece una fuerte corriente de médicos que viajan al norte a buscar especialización y perfeccionamiento. Esto, que se refiere a la Medicina en general, tiene características especiales en cuanto a la Psiquiatría.

Ocurrió entonces que los pocos colegas que se trasladaron a los Estados Unidos para estudiar Psiquiatría, al volver a sus países, se hallaron en una posición peculiar y desventajosa.

Nuestros profesores, aferrados a las doctrinas descriptivas y genéticas, rechazaban racional, y sobre todo emocionalmente, las corrientes dinámicas que los recién llegados traían como bandera, y seguían enseñando en sus cátedras la Psiquiatría aprendida, haciéndose más beligerantemente opuestos mientras más aumentaba el número y la actividad de los recién llegados.

Se ha creado, pues, en la América Latina una situación que debe aclararse y conocerse. Existe, por una parte, el grupo de los psiquiatras de formación europea (los que han estudiado allá y los que han sido sus discípulos) y, por otra, el de aquellos que han hecho sus estudios de postgrado en los Estados Unidos. Forman dos facciones aún más alejadas y más opuestas cuando, a los factores científicos, se unen, como ocurre en muchos de nuestros países, influencias de política internacional.

Desgraciadamente —y hay que decirlo claramente— en algunas naciones latino-americanas, se ha llegado a confundir la posición psicodinámica en Psiquiatría con el partidarismo hacia la política internacional de los Estados Unidos, de manera que es obligatorio oponerse a esa teoría

psiquiátrica si se tiene ideas políticas contrarias a las de ese país. Absurdo como eso suena, es una gran verdad.

Sin embargo, por supuesto, no es todo. Existen otras razones que considerar si queremos comprender las diferencias de punto de vista y llegar a un acercamiento real y sincero. Para ello, brevemente, trataré de analizar *algunos de los prejuicios corrientes entre nosotros,* esperando que, de la misma manera, nuestros amigos del norte se hagan conscientes de sus propios prejuicios y logremos todos entendernos en un plano de sinceridad y traslaboración.

1. *La psiquiatría de los Estados Unidos es exclusivamente freudiana y desconoce los otros puntos de vista.*

Hay mucho de verdad en esta afirmación. Puede aducirse, naturalmente, que allá están representadas todas las escuelas psiquiátricas y se investiga en todos los campos. Es cierto, pero no hay duda de cuál es la tendencia que domina el panorama, especialmente en los círculos universitarios. Dos anécdotas bastarán para ilustrarlo.

No hace mucho —muy poco antes de que el movimiento existencialista trajera estas cosas a la actualidad— yo recibí una atenta nota de la bibliotecaria de una de las principales Universidades de los Estados Unidos rogándome que le explicara a qué me refería al hablar, en una de mis publicaciones, de *fenomenología,* puesto que "había buscado referencias, sin hallarlas, en las más diversas fuentes".

Hace pocos años asistí a una de las Reuniones Anuales de la American Psychiatric Association. Se leyeron trabajos acerca de las nuevas drogas psicótropas y realmente gocé mucho cuando, en cada uno de ellos, el autor, aparte de describir experiencias y resultados, trataba de explicarlo todo hablando de las acciones de los medicamentos sobre el Ello y el Yo y el Super-Yo.

Otro ejemplo es el de los estudios sobre genética que, sistemáticamente, a pesar de que se les aprueba de la boca para afuera, no se les toma en cuenta en la práctica.

2. *La psiquiatría de los Estados Unidos se hace a base de estadísticas.*

Expresado así, se trata, naturalmente, de una burda generalización, pero expresa el prejuicio, bastante extendido en la América Latina y com-

partido en Europa, de que nuestros amigos del norte, convencidos de que no es ciencia lo que no cuantifica, han hallado en los métodos estadísticos la forma de reducir a número la realidad de la persona enferma, se han dedicado a hacerlo por todos los medios y se han entregado con armas y bagajes en manos de los estadígrafos que son los que, a la postre, les dirán si son buenos o malos psiquiatras.

Esto toca, por supuesto, el problema más amplio de los conceptos de *ciencia* en general y de ciencia psiquiátrica en particular conceptos de los que me he ocupado en otra oportunidad y que ahora no puedo, ni debo, discutir, pero que establecen un contraste entre los médicos latinoamericanos, ligados a la cultura humanística europea, que pone énfasis en las ciencias del hombre como distintas de las de la naturaleza, y los colegas de Estados Unidos para quienes se cree que no hay más ciencia que la ciencia natural y a ella tratan de reducir métodos y problemas.

3. *La psiquiatría de los Estados Unidos es unilateral.*

Se quiere decir que la crítica no es la que predomina y establece un balance entre tendencias y posibilidades. Más bien todo el peso de la aceptación se inclina, según el entusiasmo del momento, hacia un lado ú otro. Esto se refiere principalmente a la terapéutica psiquiátrica. Así, es fácil ver cómo se suceden las preferencias con toda la fuerza de una moda: la insulinoterapia, la psicocirugía, todas las variantes del electroshock, tuvieron su momento en el que parecía imposible prescindir de ellas para, pocos años después, abandonarlas completamente a favor de un nuevo entusiasmo.

4. *La psiquiatría de los Estados Unidos trata de absorber y dominar a la de los países latino-americanos.*

Sabemos bien que ésto no es cierto, pero algunas actitudes, no suficientemente meditadas, de colegas y de instituciones se han prestado a interpretaciones malintencionadas, que pueden, y deben evitarse.

Pero si estas objeciones limitan la aceptación, en Latino-América, de los puntos de vista de nuestros amigos, existen muchos otros que los compensan y ellos se refieren principalmente a las características de la actividad psiquiátrica que el médico de nuestros países encuentra en los Estados Unidos cuando allá va en busca de perfeccionamiento.

1. *No hay dogmatismo en los ambientes psiquiátricos.*

A pesar de lo dicho acerca del predominio de determinadas tendencias teóricas, el médico latino-americano se halla en los Estados Unidos con que el tono general de la actividad psiquiátrica universitaria está muy lejos del dogmatismo y la rigidez. Esto es agradable y satisfactorio, precisamente porque contrasta con la actitud contraria de quienes están acostumbrados a las formas europeas de enseñar y de aprender.

2. *Los ambientes psiquiátricos de los Estados Unidos están abiertos para todos.*

Esta es también una agradable sorpresa para el médico latinoamericano, acostumbrado al provincialismo, a veces exagerado, que reina entre nosotros.

3. *Los colegas de los Estados Unidos están dispuestos a aprovechar enseñanza de todos.*

Quiere esto decir que, a pesar de ser conscientes de su posición superior en cuanto a recursos y posibilidades, nuestros colegas se hallan siempre dispuestos a oir y a aprovechar lo que los otros pueden ofrecerles y a establecer un fructífero intercambio de ideas y estudios.

Todo lo dicho nos pone frente a una realidad y a un deber. *La realidad es que existen prejuicios y malentendidos y que deben aclararse para que podamos trabajar juntos y ayudarnos; el deber es hacerlo.*

Un paso importante es el establecer un intercambio fructífero. Si es mucho lo que podemos aprender de la psiquiatría de los Estados Unidos, creo firmemente que los países latino-americanos podemos, por nuestra parte, ofrecer algo también, sobre todo en el campo de la investigación. Existen enormes posibilidades en todos los aspectos de las disciplinas psiquiátricas en Latino-América que necesitan intensa exploración y que se prestan a una acción conjunta y de colaboración estrecha. Dos ejemplos ilustrativos se ofrecen en los temas elegidos como oficiales para el Tercer Congreso Latino-Americano de Psiquiatría, a realizarse en Lima el próximo mes de Octubre. Uno de ellos se refiere a las plantas y drogas psicótropas que se hallan en la América Latina. Existen, a lo largo de todo el territorio de nuestro sub-continente, cientos de plan-

tas con propiedades psicótropas que son usadas por los aborígenes desde tiempos pre-históricos y que recién están siendo estudiadas sistemáticamente por nuestros investigadores. En el Congreso sabremos lo que se está haciendo en todos nuestros países, que es mucho, y conoceremos las posibilidades de investigación y aplicación terapéutica que se abren en el futuro.

El otro tema se refiere a la psiquiatría folklórica latinoamericana y creo que es también apasionante. Reuniremos, por primera vez a los estudiosos latino-americanos que conocen las prácticas populares, algunas con milenios de antigüedad, en relación con cuadros psicológicos y su tratamiento, con lo que estoy convencido de que se abrirán enormes horizontes de investigación.

Voy a permitirme hablar ahora, ya no solamente como un colega, ni siquiera como el huesped a quien honran hoy con su presencia, sino como Presidente de la Asociación Psiquiátrica de la América Latina, institución que reune a los psiquiatras de todos los países de habla castellana y portuguesa de nuestro continente y que organiza el Congreso al que acabo de referirme, para formular una invitación cordial a la América Psychiatric Association a acompañarnos. Propongo la organización de una sesión conjunta durante el Congreso y que ese tipo de sesiones se repita con cada Congreso a realizarse. De esa manera se cumplirán los propósitos expuestos y los psiquiatras de todo el Continente nos uniremos en una cordial amistosa y firme comprensión que debe traducirse en un entendimiento personal, profesional y cultural sin precedentes.

Sería, realmente, muy bello que esta visita se tradujera en una realidad de esa clase, una conquista perdurable de amistad continental.

TRENDS IN THE CARE OF THE MENTALLY ILL

Por *JACK R. EWALT, M. D.* *

Concepts of psychiatric illness and methods of treating and rehabilitating the mentally ill have been undergoing profound changes. There seems to be a growing awareness of the possibility —in fact, of the necessity— of providing mental health services to every American citizen who would benefit from them — a large number indeed. The following facts will give an indication of our present situation.

Our birthrate is increasing and people are living longer; that is, our population is rapidly getting larger. There will be more children, more adolescents, and more old people who require special facilities. An increasing number of people ask for mental health services — the kind of people who, in previous times, lived unhappy, ineffective, and often unproductive lives. As a result: (a) hospitals have uniformly increasing admission rates; (b) clinics have growing demands for service; (c) emergency rooms and walk-in clinics are used as soon as they are available; (d) general hospital psychiatric services are treating large numbers of patients, even though the special hospitals are also treating more people; (e) family physicians, pediatricians, social workers, psychologists, and clergymen treat many people. Estimates of the number of people who need psychiatric care vary from 1-in-10 to 1-in-4 of the population, depending upon who is included in the survey. Of this potential patient load of 19 million to 40 million, only about 3 million come or are brought for treatment each year. Thus the reservoir from which

---

* Bullard Professor of Psychiatry, Harvard Medical School, Superintendent, Massachusetts Mental Health Center, President American Psychiatric Association.

comes the increasing demand for services is far from dry. Not only do more patients ask for service, but they want it earlier in the course of illness. Advanced chronic cases are seldom seen except in the continued treatment wards of the state and VA hospitals. And, due to new treatment methods, these wards are shrinking. Our national total of long-term patients has decreased in almost every state within the last five years. The number of long-term patients can be expected to continue to decline. (In Great Britain in 1930, 60% of the hospitalized schizophrenic patients remained two years or longer. Today only 9% of schizophrenics stay this long.) New treatment techniques make it possible for many patients to continue to work or attend school and live at home during many periods of their treatment, if not at all times. This means that treatment facilities must be within commuting distance of the patients' homes and jobs if they are to be maximally effective.

The Biometrics Branch of the NIMH, reporting on trends in U.S. hospitals, says: "Achievement of the President's (Kennedy's) goal of reducing the population of public mental hospitals by 50% in the next decade or two is *quite possible* provided appropriate hospital and community programs for treatment, care and rehabilitation are developed to make possible: (1) the placement of many patients now in these hospitals in community facilities more appropriate to their needs than the public mental hospitals; (i.e., geriatric and nursing homes, walk-in or emergency room services, day-care and part-time care programs, that provide care where, when, and in the amount needed); (2) the reduction of admissions to these hospitals; and (3) the rapid turnover of patients who must be admitted to these institutions."

All of these factors must be considered in planning for mental health facilities. How much patients can pay towards their own care will depend on: (1) the availability of care near home and work; (2) ease of getting into treatment before the symptoms become disabling or sufficiently socially disruptive to require full-time hospital care; (3) availability of part-time hospital care for those too sick for office or clinic treatment but not requiring custodial supervision; (4) availability of this care to all through private payment, insurance or other third-party payment, or by some type of governments subsidy.

Patients started in treatment early in their illnesses do better than those started after the condition has been present for some time. The greater efficacy of early treatment holds for all forms of mental illness

and also for all forms of treatment. This means that we must have treatment available near the patient's home, without a long wait, and irrespective of his financial resources.

Clearly, these principles represent major revisions of our former attitudes toward mental illness, and involve major changes in methods. But innovations are never very easy to effect; there are many irrational factors that strengthen our stakes in maintaining the *status quo* and contribute to a fear of the new. Sometimes we define psychiatry as the medical specialty devoted to the care of those whose irrational anxiety is sufficient to distort their behavior in, and relationship with, society. We must ask, regarding older practices, whether irrational behavior is limited to patients.

Every endeavor undertaken in connection with psychiatry should be subjected to the question, "For whose benefit?" We must answer without hedging, without qualifications. The issue is not "What is easier for us?" or even "What is easier for the patients?" We know that in many ways being sick is "easier" for them than being well, even while it is at the same time more painful and more difficult. Current trends are not base on ease of operation; their orientation is that of benefit to patients.

One of the bases of a rational approach is the ability to see things from the patient's point of view; this involves interpreting his needs as they are dictated by his life situation and his illness, and knowing what external events mean to him. (For example, some patients welcome the administration of drugs as helpful support and/or restraint; others see it as physical or sexual assault or intolerable restraint.) From this follows the necessity of a belief in the uniqueness of each patient and, subsequently, flexibility of treatment methods and administrative practices.

Too often patients have been expected to arrange the details of illness to suit the resources and regulations of hospitals and clinics. Fortunately, the number of facilities are increasing in which the patient can get the amount and kind of hospital care he requires when he needs it. In such places rules have been modified so that each patient can have, as his needs vary during the course of his illness, a treatment program tailored to his individual requirements insofar as therapy, milieu manipulation, and hospitalization schedules are concerned.

We also must avoid overtreating patients. Prolonged or over-intensive psychotherapy can foster in some patients passivity, dependence, and regression, rather than ego growth and independence. In addition,

patients seem to live up or down to our expectations; if they are infantalized, overprotected, and overserved they regress and obligingly satisfy our own needs to be caretaking agents.

The "open hospital" idea is becoming more popular all the time. However, while it is true that the locked door is becoming rarer, in many places the patients have been so heavily medicated with tranquilizing drugs that it is of only passing interest to them as to whether the door is shut or ajar, and the question becomes an academic one. It seems to be harder for physicians to recognize drugs as restraints than straitjackets, but that is precisely what they can be, and I think we should carefully examine our use of them. The may make everyone else feel more comfortable, but that is not the main point.

One of the ideas associated with the concepts of the "open hospital" and "therapeutic milieu" is that of wards of mixed sexes. It has been found that such an arrangement improves patients' behavior, largely eliminates disrobing, smearing, and random excretion of urine and feces. When objections to this heterosexual ward plan are raised it is usually on the grounds of fear of increased sexual activity, i.e., acting out. This is an irrational reaction. Those of us who know something about pathology realize that the patients are too busy doing something else (i.e., being sick), and haven't much time for adult sexuality. And if an occasional patients does transgress moral codes, I prefer that it be in a normal heterosexual manner, rather than in a homo-sexual one.

There are many interesting and useful new trends in psychiatric practice; I think I can best document them with examples of our operations at the Massachusetts Mental Health Center, which has 200 beds and out-patient services, which consist of walk-in, follow-up, and long-term treatment clinics. We care for about 5,000 persons each year. Of these, about 800 come into the hospital on a full-time or part-time (day or night program, according to their needs.) The remainder come to the out-patient clinic, which has separate staff for children and adolescents but the same spread of services. The clinics see more than 4,000 persons per year for a total of more than 30,000 patients visits. Of those who require definitive treatment, about 5% per year are sent to other mental hospitals. The walk-in clinic, open 24 hours every day, is now seeing more than 200 patients per month, and of these about 50% require long-term treatment in hospital or clinic; the remainder are managed by from one to three visits at the walk-in clinic. After four visits a case needing

further care must be sent elsewhere. An exceptional case may be seen a few more times before referral.

Our basic philisophy is one of treatability. Every patient, whether freshly ill or chronically so, is considered therapeutically approachable. The approaches themselves, and not the questions of treatability, show variation. Insofar as possible patients maintain their normal relationships with their families and with the community. (They utilize the services of the hospital only when they are unable to live in a socially acceptable manner in their home.) One might say that we attempt to utilize fully and expand the patient's areas of normal functioning, rather than concentrating our effort and interest in his pathology. We attempt to help him grow in ego strength; we attempt to help him toward better integration, rather than disintegration and regression in mental functions. If a patient chooses to seek psychiatric advice he can come to the emergency room without going through the formality of convincing his family, his physician, and the court that he really requires care. As a result, we get many patients much earlier in their illnesses, and they are not afraid that they will be shanghaied into the hospital or that treatment will be forced on them against their wills. Those patients who *are* forcibly brought to the hospital find that they are placed on an open ward, with mixed sexes, and that the staff (as well as their fellow patients) expect them to take responsibility for their behavior. They are encouraged to work through their anger in therapeutic sessions with a doctor or in informal discussion with one of the other staff members on an emergency basis. Acting out of hostility and aggression is discouraged, and in the general milieu losing control is not socially acceptable. While patients *do* become angry, the anger is usually of short duration, and the external manifestations usually entail the breaking of a window or ashtray or some minor outburts of shouting or profanity. No longer do we have patients remaining noisy and disturbed for weeks on end, and no longer do the wards have to be categorized according to degree of patients' disturbance. Two of the 50 bed units in the hospital have a seclusion roow now referred to as a "quiet room". More than 80% of the use of these rooms is by patients who feel themselves subjected to undue stress by their colleagues and who go to this room and shut themselves in for a period of quiet. The rooms are customarily furnished as small sitting rooms, and bear little resemblance to the former barred bare room with a mattress on the floor.

This change in treatment methods is made possible by several factors; in each the salient feature is what is known as "personal contact." Thus the hospital is so designed as to:

1. Provide continuity of treatment. This means that, with few exceptions, the patient is cared for by the same doctors, nurses, social workers, and occupational therapists for the duration of his association with the hospital.

2. Provide a therapeutic milieu. For example, ward meetings and patient meetings help, through discussion and evaluation, to bring about those conditions which are most desirable insofar as treatment is concerned.

3. Utilize the most effective pharmacologic procedures, including administration of tranquilizers and energizers.

. Eliminate those irritating procedures, such as removal of personal possessions, matches, etc., which detract from the privacy, comfort and dignity of the patient.

5. Involve the patient's family in the therapeutic sitdation through contact with the social worker and other staff members who are concerned with the patient's care.

Perhaps most important, and underlying every aspect of treatment, is the concept that each patient is a unique and valuable human being. The specific arrangements of hospitalization are based on the individual patient's needs, not on any abstract or general rules. Thus the treatment schedule may be full-time, part-time, day-care, night-care, alternate days, etc.; the criterion is what is best (that is, most therapeutic) for each patient.

This is equally true for chronic patients, for whom the hospital provides intermittent hospitalization, family care, rehabilitation services, etc.

The various therapies (dance, music, exercise, books, etc.) play a significant role in these programs by providing an opportunity for creative self-expression and a means for managing and controlling disruptive impulses. All of those who are involved in patient care (doctors, nurses, occupational therapists, etc.) are considered part of a treatment team. No aspect of treatment can be static; each must be adaptable to new programs and become an integral part of them.

If hospitals are true to the philosophy we try to embody at the ahora que no creo que sea lo mejor, desde el punto de vista pedagógico, Massachusetts Mental Health Center, no two of them will be alike.

But they can aim for uniformly high standards, although their particular methods will differ. I speak idealistically; there is still inertia and fear of innovation to be dealt with. People are alarmed, and their sympathies engaged, by each new exposure of the terrible conditions in the back wards of many mental hospitals. Such extreme situations may not prevail, but nevertheless the need for increased scope and effectiveness of mental health services is an important first step. The next step is to act on this awareness. Citizen groups, such as the National Association for Mental Health and the National Association for the Mentally Retarded can be very effective in ameliorating, and even solving, many mental health problems. Public and professional interest resulted in the creation of the Joint Commission on Mental Illness and Health. Once needs have been determined, elected representatives must be apprised of them, and convinced that they must be met. Lay citizens have an obligation to be insistent, professionals to give extra and uncompensated time in the form of attendance at hospital and medical meetings and participation in community activities. Obligation and privilege are two sides of the democratic coin.

Local planning will determine the future direction of our services, and it is imperative that all physicians, not just the psychiatrists, be active participants in the initial planning of mental health services. We can be sure that if we physicians fail to participate in planning, others will not.

I don't believe that such planning for mental health care would be desirable, I also believe that it will take continued effort to progress in the direction I have discussed today.

PREPARACION PSICOLOGICA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

La organización de la enseñanza en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Por *CARLOS ALBERTO SEGUIN* *

Desde que la Facultad de Medicina de San Marcos fuera reorganizada, en 1961, se ha producido un cambio completo en la enseñanza y la preparación de los estudiantes con el propósito de lograr una integración de todo el curriculum como un articulado cuerpo de conocimiento y no un laxo agregado de especialidades.

Para ello, se distribuyó la enseñanza en grandes Departamentos, evitando así la hasta entonces reinante dispersión. Los Departamentos organizados fueron: Departamento de Ciencias Morfológicas, Departamento de Ciencias Dinámicas, Departamento de Patología, Departamento de Microbiología, Departamento de Medicina, Departamento de Cirugía, Departamento de Ginecología y Obstetricia y Departamento de Ciencias Médico-Sociales.

El Departamento de Ciencias Psicológicas

Para completar esta organización, fué creado el Departamento de Ciencias Psicológicas, que substituía la antigua Cátedra de Psiquiatría. La idea era sobrepasar la estrechez sugerida por el nombre mismo, puesto que Psiquiatría significa, etimológicamente, (de *psyché,* mente o alma, y *iatreia,* curación), el tratamiento de las enfermedades mentales y, tradicionalmente, lo que los alienistas hacen. No era nuestro propósito el convertir a los estudiantes en psiquiatras en ninguno de los dos sentidos.

* Profesor Titular y Director del Departamento de Ciencias Psicológicas.

sino el que fueran buenos médicos y pensamos que, a pesar de sus defectos, el nombre de Departamento de Ciencias Psicológicas, permitiéndonos más libertad, hacía nuestra enseñanza paralela a la de los otros —los de Ciencias Morfológicas o Dinámicas, por ejemplo— y daba al estudiante, desde el comienzo, la idea de algo de la misma importancia y similar amplitud, evitando, de esa manera, la creencia de que la psiquiatría constituía una clase de conocimiento peculiar y diferente que solamente debería interesar a aquellos que eran lo suficientemente locos para querer convertirse en psiquiatras.

El segundo paso fué dedicado a relacionar la enseñanza de las ciencias psicológicas con el resto de los curricula de la Facultad, ofreciéndola al estudiante paralelamente y en coordinación con los otros cursos, de tal manera que la integración fuera hecha por él. Por lo tanto, se le enseña Psicología Médica al mismo tiempo que Fisiología, en el primer año; Psicopatología con Fisiopatología, en segundo; Semiología Psiquiátrica, en tercero, junto con Semiología Médica; Nosografía Psiquiátrica, con Nosografía Médica y Quirúrgica, en cuarto, y, en quinto año, las clínicas; Médica, Quirúrgica, Obstétrica, Pediátrica y Psiquiátrica.

De esa manera no existe separación formal entre la enseñanza "somática" y "psicológica"; el estudiante aprende que no se trata sino de diferentes aspectos del mismo tema y es preparado para integrarlos a los largo de sus años de estudios.

La organización de los cursos

Creo que vale la pena informar acerca de la organización actual de los diferentes cursos porque me parece que hemos introducido algunas innovaciones sobre las que la experiencia es estimulante.

Psicología Médica

El curso de Psicología Médica se dicta durante el primer semestre del primer año, con un total de 82 horas. Comienza el primer día y, en 1964, fué con la clase de Psicología Médica con la que los nuevos alumnos inauguraron sus estudios médicos.

Quince por ciento de las 82 horas se dedican a clases teóricas y el resto a seminarios y prácticas. La enseñanza está dirigida principalmente hacia tres temas: 1.—La unidad y totalidad del hombre; 2.—La re-

lación médico-enfermo y 3.—La evolución del ser humano desde la concepción hasta la muerte y la formación de la personalidad.

Después de la clase, los alumnos son divididos en grupos de 20 que, con un Profesor Asociado, se reunen para discutirla. Estas reuniones son conducidos, no como una repetición de la clase teórica, sino más bien como discusiones de grupo en las que el profesor trata de que los estudiantes manifiesten sus opiniones personales, sus objeciones y su necesidad de aclaración.

Ha sido una gran experiencia para nosotros el ver, una y otra vez, cómo la exposición teórica es, no solamente inútil, sino contraproducente si no es seguida de una discusión abierta como la que hacemos. Los estudiantes mal interpretan, cambian el significado de las explicaciones y afirman que el profesor ha dicho cosas que, en realidad, nunca dijo. Es la tarea del profesor a cargo del grupo señalar esos fenómenos, estimular su análisis y conducir a los estudiantes, no solamente a aprender en realidad, sino a comprender sus propias resistencias y parcialidades, así como, cuando lo cree necesario, sugerir la lectura de las fuentes originales y organizar nuevas discusiones del tema.

Los alumnos luego se dividen en grupos menores y, con un Jefe de Clínica, entrevistan pacientes.

Esta es, me parece, una de las innovaciones que hemos introducido en la enseñanza de la Medicina. Creo que el exponer a los estudiantes, durante los primeros años de su preparación, a los cadáveres y a los animales de laboratorio producen resultados realmente dañinos. Me he referido a ésto en otras oportunidades [1] y creo que será suficiente decir que es absurdo que aquellos que serán ministros de vida comiencen su entrenamiento con los muertos y aquellos que deben, ante todo, aprender amor y respeto por el ser humano, empiecen manejando animales. Fácil es comprender, y Bertram Lewin ha escrito algo muy pertinente al respecto [2] cómo transferirán los sentimientos desde el cadáver a sus futuros pacientes.

No es necesario decir que los enfermos entrevistados por los estudiantes no son enfermos psiquiátricos sino los de cualquier sala médica o quirúrgica del hospital. Por otra parte, no deben verlos como "enfermos", sino como "seres humanos", como "semejantes en desgracia".

---

1 C. A. Seguín: "La relación médico-paciente", Revista del Cuerpo Médico, Vol. I, Nº 6.

2 B. Lewin: "Countertransference in the Technique of Medical Practice", Psychosomatic Med., Vol. VIII, Nº 3.



La forma cómo se desarrolla la enseñanza en estas prácticas es la siguiente: un estudiante conversa con el paciente y, luego discute la entrevista con sus compañeros y el profesor. El énfasis del análisis cambia conforme el curso avanza. Al principio se dirige hacia la relación estudiante-enfermo tratando que el alumno comprenda, no solamente las reacciones del paciente, *sino las suyas propias,* discutiendo ambas con sus compañeros y relacionándolas con la psicología del enfermo y la suya. Más adelante el énfasis se coloca en la comprensión del "mundo del paciente", es decir, el significado de la enfermedad para él, los cambios que ha producido en su manera de mirar las cosas, en su relación con su familia y amigos, con su trabajo; su actual posición psicológica ante su pasado, presente y porvenir; la importancia y significado que para él tienen los médicos, las enfermeras, el hospital, los remedios, las dietas, las operaciones, etc.; su cooperación o falta de ella; su voluntad de curar o su resistencia. Hemos hallado extraordinariamente útil hacer que los estudiantes recuerden sus propias enfermedades y sus reacciones ante ellas. Hacemos también que se imaginen que un médico les dice que tienen una tuberculosis, un cáncer o que necesitan una operación y que comuniquen sus sentimientos y pensamientos, que son compartidos y discutidos por el grupo.

Durante la última parte de estas prácticas, cuando la enseñanza teórica los ha preparado ya para ello, la entrevista es dirigida a descubrir la relación entre la enfermedad actual y la biografía del paciente.

Los estudiantes de este curso, también como parte de su práctica, ven infantes y niños de edad pre-escolar. Para ello, asisten, en pequeños grupos y dirigidos por una psiquiatra especializada, a los Dispensarios Materno-Infantiles donde observan la interrelación de los lactantes y sus madres y sus consecuencias así como a kinder-garten, donde entrevistan niños y comparan sus características de conducta con las historias familiares respectivas.

Psicopatología

El curso de Psicopatología sigue las mismas líneas. De las 82 horas a él dedicadas, 15% corresponden a clases teóricas. En ellas se estudia la homeostasis psicosomática y la manera cómo ella se rompe, los mecanismos que el organismo usa para restaurarla, así como los casos en los que esos mecanismos normales fallan y aparece la patología.

Como en el curso de Psicología Médica, las discusiones en pequeños grupos siguen a las clases y luego los alumnos ven también enfermos. Tampoco esta vez éstos son pacientes psiquiátricos, sino los de cualquier sala hospitalaria. El énfasis de las entrevistas se pone en los mecanismo de defensa del paciente individual, su relación con la personalidad y con la enfermedad, así como con el pronóstico y el tratamiento.

Semiología Psiquiátrica

Este curso está dedicado a la exploración y descubrimiento, así como a la comprensión, de los signos de la homeostasis psicológica destruída: los llamados síntomas.

Las 50 horas que utiliza se dividen en 20% de teoría y 80% de práctica. Por la primera vez, los estudiantes son puestos en contacto con pacientes psiquiátricos a los que entrevistan, con la supervisión de los profesores y con el propósito de estudiar, desde los puntos de vista fenomenológico, dinámico y existencial, sus síntomas. Las observaciones son registradas en informes.

Nosografía Psiquiátrica

Cincuenta horas —durante el cuarto año y paralelamente a las Nosografía Médica y Quirúrgica— se emplean en estudiar la "taxonomía" de los transtornos psíquicos. Estas 50 horas están divididas en 25 clases de dos horas cada una en las que, durante la primera, el profesor estudia la "enfermedad"; la historia de su clasificación, su etiología, patología, sintomatología y terapéutca. Durante la hora siguiente un paciente que ilustra la exposición teórica es presentado.

Clínica Psiquiátrica

En el quinto y último año de la enseñanza en la Facultad 150 horas son dedicadas a la clínica psiquiátrica. De ellas, 30, o sea el 20% se usan para clases teóricas de Historia de la Psiquiatría (10 horas), Terapéutica Psiquiátrica (15 horas) y Emergencias Psiquiátrica (5 horas).

La práctica (120 horas) se hace en pequeños grupos con un profesor, durante todo el año. En Abril tres pacientes: un neurótico, un psicótico y un orgánico, son asignados a cada estudiante. Debe estudiarlos y preparar un protocolo completo con anamesis, entrevistas a los familiares.

examen físico y psicopatológico, así como los resultados de todas las pruebas de laboratorio o complementarias indicadas para el caso y los informes del psicólogo clínico y la Asistenta Social con los que debe mantenerse en estrecho contacto. Estos hallazgos son discutidos con el profesor y los otros alumnos del grupo, se llega a un diagnóstico y se decide un curso de tratamiento que el alumno debe tomar en sus manos, bajo contínua supervigilancia y durante todo el año. Cada entrevista debe ser registrada en los protocolos y la evolución discutida periódicamente con el profesor y el grupo.

Los estudiantes que se hallen particularmente interesados pueden emprender proyectos de investigación, sea individualmente, sea en equipo.

Los grupos de trabajo

En varias oportunidades[3] he afirmado mi creencia de que la tarea del Departamento de Ciencias Psicológicas no es solamente *informar* —dar instrucción— sino también *formar,* es decir, ayudar al estudiante a conocerse a sí mismo y a sobrepasar las dificultades peculiares de su edad y situación; en otras palabras: ayudarle a madurar.

Esa es la razón por la que, desde el comienzo, insistimos en no limitar nuestro papel a la transmisión de conocimientos, sino a completarlo con esos propósitos en vista. Pensamos que lo mejor que podíamos ofrecer a los estudiantes para ello era el trabajo en grupo.

Hemos dudado mucho antes de dar un nombre a esta actividad. No queríamos que se interpretara nuestro intento ni como el de querer tratar a los alumnos como a casos psiquiátricos, ni el de usarlos como "conejillos de Indias". Es por eso que los llamamos "grupos de trabajo" aunque comprendemos que no es, de ninguna manera, el mejor nombre.

Nuestros grupos no son terapéuticos, sino formativos. Comprendo que esta afirmación necesitaría aclaraciones y que se presta a mucha discusión. Por el momento no es ese mi interés, sino informar acerca de ellos lo mejor que puedo.

Los estudiantes, desde el primer día de su asistencia a la Facultad, son divididos en grupos de 10, sin más especificación que la de que en cada uno debe haber por lo menos una muchacha. Estos grupos se reunen una vez por semana con un lider y un observador durante todo el

3 C. A. Seguín: Clase Inaugural del Departamento de Ciencias Psicológicas, 1962, Anales del Serv. de Psiq. Vol. IV, Nº 4.

año y, con la lógica interrupción de las vacaciones, durante los cinco años de estudios.

La técnica que seguimos es pasiva. El líder no interfiere y no fuerza ninguna interpretación, si el grupo se integra. Su actitud es amistosa y permisiva, tratando de evitar el ser convertido en profesor o consejero, dos de los principales y constantes peligros.

No puedo ahora entrar en análisis de la dinámica de nuestros grupos y solamente puedo decir que creemos firmemente en su valor en tres, diferentes pero relacionados, campos de acción:

Ayudan a los estudiantes a aprender psicología de primera mano. Me he ocupado de ello antes y les ruego me permitan repetir algo de lo dicho [4]:

"Desde el primer momento estábamos decididos a romper los moldes clásicos de la enseñanza teórica que, por bien llevada que esté, atiborra al estudiante de datos y de nombres, que clasifica, ordena y organiza y que no produce más que, en el mejor de los casos, una respuesta intelectual, fría y muerta.

Somos de la opinión de que, en general, se había prescindido de los conocimientos psicológicos para enseñar psicología y se había pretendido continuar con la rutina estéril de la transmisión de datos sin resonancia vivencial valedera.

Creemos, por el contrario, que la única manera aceptable de preparar al estudiante en esta disciplina es dirigirse principalmente no a su intelecto, sino a su afectividad; al hacerlo vivir situaciones en las que la dinámica psicológica —la propia y la de los que con él se hallan— se pusieran de manifiesto de tal manera que experiencie (permítaseme el término) los acontecimientos auténticamente y, luego de haber pasado por ellos con toda la fuerza de la vivencia biográfica, los estudie, los analice y los comprenda bajo la dirección del profesor, quien, en esta forma, no repite fríamente conocimientos intelectuales, sino que es un catalizador de introspección profunda y un canalizador de investigación cargada de la fuerza de la experiencia afectiva biográfica."

Y luego: "Se trata de familiarizar a los alumnos con la psicología, no solamente la del grupo, sino la individual. En las sesiones se ponen de manifiesto todas las reacciones psicológicas posibles, personales y

4 C. A. Seguín: "La Psicología en la enseñanza de la Psicología", Ponencia leída en el VIII Congreso Panamericano de Psicología, Mar del Plata, 1962, publicada en Tribuna Médica, Año I, Vol. I, Nº 24, Caracas, 1964.

grupales, y ello da oportunidad, una vez más, para que el estudiante vea cómo, en la realidad de su propia vida, se hacen patentes los conocimientos que ha adquirido en las clases y en los seminarios".

Podemos ver, a través de los protocolos de las reuniones, cómo los alumnos son capaces de conocer y analizar sus propias reacciones y las de sus compañeros y, de esa manera, aprender realmente lo que tratamos de enseñarles.

La Segunda ventaja está relacionada, naturalmente, con la maduración psicológica que el grupo permite a sus miembros. No voy, por supuesto a insistir en ésto. Todos ustedes lo saben, probablemente, mejor que yo.

La tercera función importante que llenan es la de ayudarnos a comprender la psicología de nuestros jóvenes alumnos. No hay ningún estudio sistemático del estudiante de Medicina peruano o latino-americano o del joven adulto de nuestros países. Creo que ésta es una oportunidad única. La experiencia adquirida por los líderes y los observadores, así como la riqueza que nos ofrecen los protocolos es incomparable. Alrededor de quince proyectos de investigación se hallan ya en marcha y muchos más serán pronto emprendidos. Esperamos poder ofrecer los primeros resultados en el Tercer Congreso Latino-Americano de Psiquiatría que se realizará en Lima el próximo mes de Octube.

Cooperación con los otros Departamentos

La tarea del Departamento de Ciencias Psicológicas no sería cumplida si nos encerráramos en él. Trabajamos en estrecha colaboración con los otros Departamentos de la Facultad. El año último hemos participado en cursos y seminarios en los Departamentos de Medicina, Ginecología y Obstetricia y Cirugía y en la Escuela de Obstetrices.

La falta de personal nos ha impedido embarcarnos, como es nuestro propósito, en un programa de más intensa cooperación, que esperamos poner en marcha en un cercano futuro.

He tratado de dar una idea de la organización del Departamento de Ciencias Psicológicas de nuestra Facultad de Medicina, sus planes y funciones. Sabemos que estamos recién comenzando a transitar una ruta larga y difícil. La seguiremos con entusiasmo porque nos anima la convicción de que nos hallamos en el camino justo y de que estamos haciendo bien.

A PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH TO PSYCHOSES: EGO AUXILIARY TECHNIQUES

Por *RAQUEL EIDELMAN COHEN* *

Psychotherapy for psychotic patients as it is practiced today could be viewed as sharing the same problems with which the general medical practitioner was confronted many years ago. Just as he had to resort to the use of many unscientific methods in aiding nature's healing process, so, too, do we have the problem of trying both to pursue know ledge belonging to the research area while striving simultaneously to give service and reconstruct personalities, using the same psychological techniques. These techniques, culled from the specialty of dynamic psychiatry, are being (1) (2) at the clinical level to meet the special needs of the psychotic patient.

The psychotic patient can be thought of as presenting a clinical picture of varying degress of decompensated ego mechanisms of integration and with reliance on infantile ego patterns (2) of ego executant functions, with resultant diminution of adaptive capacity (3).

These ego adaptive mechanisms have been clarified by HARTMANN (4), NUNBERG (5), and KARL MENNINGER (6). KARL MENNINGER (p. 104) says, "the ego may be described as a controlling agency which recognizes, receives, stores, discriminates, integrantes and acts by restraining, releasing, modifying and directing impulses." He further states (p. 106), "Our broads concept of organismic self-regulations is that it (ego) produces or strives for a state of balance by a reconciliation of all the demands (psychic and physical) operating upon and within the organish

* Psychiatric-Director, North Suffolk Mental Health Center; Instructor, Department of Psychiatry, Harvard Medical School.

whereby maximum satisfaction is achieved at minimal cost, in a variable outer and inner environment. Effecting this reconciliation, maintaining this physio-psycho-sociological balance is one of the most specialized functions of the ego. In this sense the intergrating work of the ego (representing a very high level of organization within the total system) may be taken as an index of the over-all integration of the whole system."

These patients share some common characteristics-basic constitution, infantile history of emotional deprivation plus instintual overstimulation and/or frustration. These factors have interfered with the possibility of establishing procedures for their need fulfillment through integrated and comfortable object relationships. We find them caught up in a stressful situation where the interplay of their ambivalent emotions (7), symbolically represented, starts a chain of physiological and psychological reactions which, in turn, immobilize the executant function of the ego adaptive mechanisms. The combination of defects resulting from this immobilization, i.e., faulty reality interpretation, malfunctioning of orientation, detection and perception, brings sharphy into focus many primitive behavior patterns that are unique in each individual. The multi-factorial make-up of the personality, plus the quality and intensity of the pathological decompensation can account for the multitude of clinical patients that we see in our hospitals. These factors, which cannot be quantified in a scientific way at the present time, are very difficult to evaluate on the basic of experience and augment the many "unknowns" in our work (8). This "intensity" factor might illuminate the various fluctuations we observe in clinical work, as superimposed stresses compound the already over-burdened situation, e.g., separation from home and family, adjusting to new environment, stigma of commitment to a mental hospital, etc.

As we follow the course of our patients through the months, or their return to acceptable modes of behavior through the years, we can observe that their "illness patterns" shift from one clinical picture to another of the classical diagnostic categories. However, the factors that aid in restoring the balance to its usual working patterns, those that keep them distorted, or those that modify them into permanent change are still to be understood. The task of identifying the elements that solidify these patterns and understanding some of the components that may reinforce nature's measures in effecting a return to usual behavior is within the boundaries of psychotherapeutic investigation.

Medical Model - Auxiliary Tools

A cardiologist coming to see a patient brings with him his background of knowledge of anatomy, physiology and pathology of the heart and learns the history of the stress to which the organ has succumbed. He does not dedicate his immediate energies to changing the general nutritional state of the patient which, in turn, might influence the minute biochemical process to heal the heart; rather, he may resort to using the mechanical appliances at his disposal, depending on the condition of the affected organ, i.e., the new heart-lung machine, or the artificial pacemaker to restore the cardiac mechanisms and adapts them to the patient's mode of living. He may then go on to modify many more physiological aspects of the treatment which cay continue over many years; or he may go on to his next patient and let nature continue its healing process under a sound and appropriate medical regime.

In the treatment of psychotic disorders this model could be adopted If we focus our attention on the clinical picture as the consequences of failure of the ego adaptive mechanisms, we can use several treatment approaches to "compensate" them. Analogous with the use of the medical model of treating a "decompensated organ" or "non-functioning organ," we can now discuss the term "ego auxiliary" as one of a group of techniques which the psychotherapist has at his disposal to help reconstitute the functional organization of the personality in the psychotic patient. The clinician serves as both the instrument and the one in control of its application. He "lends" himself in a very specialized form to interact with the disorganized ego of the patient and through continuous, thoughtful and apropriate techniques offers the possibility of reinstating his own ego adaptive functions. These techniques, which are directed toward restoring a group of functions of the ego, could be instrumental in "reintegrating the balance of other partial systems and integrating the total functioning of the ego-system."(6)

Within this ego-psychology context the psychotherapeutic techniques that can be labelled "ego-auxiliary" are those that can be defined as *any active interaction which tends to supplement, reinforce or promote ego-adaptive mechanisms* in a patient. It is of interest to note one of the theoretical implications coming out of studies in man (9) and animal (10) suggesting that if an organism does not experience a certain amount of stimulation and stress during the period of maturation of its stress-

responding mechanisms, then it fails to develop the ability for proper adaptive responses.

In the restoration of adaptive mechanims the role of drug therapy has still to be understood and evaluated. Many formulations are being presented in the literature (11) trying to conceptualize the action of drugs in terms of dynamic understanding of behavior, in terms of psy-cho-analitic principles, behavioral science concepts, and many other points of reference. More studies will have to be done before we can fully understand and evaluate their influence but the fact remains that clinical picture of dramatic partial restoration of adaptive mechanisms cannot be ignored from a practical point of view. (12)

Application of Ego-Auxiliary Techniques

The range of actíve intervention by which a clinician can supplement, reinforce, or promote ego-adaptive mechanisms in the psychological treatment of a psychotic patient can be divided into three broad categories, whether he is working directly with the paramedical team or by himself.

1) Total care program attending to functional needs, i.e., in catatonia, feeding, hygiene.

2) Setting daily activity schedules to fit a program conducive to psychological growth - intramural activities: occupational therapy, ward meetings, gym, job responsibilities, part-time hospitalization programs. (13)

3) Setting up scheduled meetings to afford the opportunity to verbalize, communicate, and share feelings dealing with the disorganized functions in the daily routine of the patient within his environment.

Some specific areas in which the clinician can lend himself to interact with the disorganized ego of the patient are:

a) Helping the patient to control and modify his behavior (when it is harmful to himself or his environment) via limit setting (14) so as to reinstate gradually a feeling of ego-mastery.

b) Affording an opportunity to modify discharge of impulse within a relationship.

c) Emphasizing continuous awareness of time, place, and person in terms of reality.

d) Reinforcing sex-identity role by encouraging dressing, acting, and providing opportunities for appropriate exercise of its functions.

e) Affording an opportunity to stimulate and exercise human communication.

f) Aiding him in decisión-making by weighing realistically the pros and cons of a situation, by fact-finding and thinking through the consequences of a resolution or action, as Semrad (15) states it "to put it in perspective."

The clinician's active interaction with a psychotic patients is directed to the patient within his environment in contrast to a more passive interaction with a neurotic patient where the main focus is toward the intrapsychic conflict. This places a responsibility on the doctor to keep in mind the indivdual's characteristics in terms of his own personality make-up and his set of social values.

For the patient to be able to integrate this therapeutic support into his own system, it has to correlate with his own psycho-social experiences. This may be one of the reasons why doctors whose psycho-socio-economic orientation has been in a middie-class milieu have so much difficulty treating patients from the lower socio-economic classes. The ability to empathise and value different sets of behavior patterns and achievements is an integral part of this technique.

This brings us to the theoretical position that there is an orderly return to function of ego-adaptive phenomena that follows definite pathways. One has to know individual growth pattern. This can be surmised through understanding of and familiarity with the characteristic ways in which especific personality types decompensate. One the problems in psychothtrapy has been to set up goals of growth for a patient's personality which were unrealistic for that patient. The hope that psychiatrists have had that a personality type, i.e. infantile, or one with limited potential adaptive capacities, could be made to grow into a mature individual seems not well substantiated by clinical experience.

Object Needs Allow Ego-Auxiliary Application

What are the prime emotional elements that enter into the doctor-patient relationship wich make it possible for the therapist to function for a limited time in the role of "ego-auxiliary" in the life of an individual?

The process of forming object relations as a fundamental process for growth and development in the human being is formulated by Rochlin (16) as follows: "Even in the most narcissistic states objects are still sought, although in greatly modified or pathological forms. Objects seem, therefore, never to be entirely relinquished, and they endure even though the means to scure them may change". He goes on to link the principle of Cannon's formulation and Freud's earliest psychological studies on the "principle of constancy" to his own statement in the principle of constancy and its reference to man. He has an additional consideration, which is, "that the principles of homeostasis and object need are indivisible". It shows that man cannot achieve the principle of constancy or the reduction of tension alone and without care. Hence, the concept of homeostasis, coupled with an object that provides care and thereby reduces tension, suggests that even on the most elemental level a relationship to an object is indispensable to the principle of constancy and to existence.

The clinician offers the patient the possibility of altering the type of investment, i.e., from narcissistic to object libido (narcissistic investment is characteristic of the type of invesment in psychoses). The patient can recapitulate the change from a relationship to a person and progress toward an object relationship. The doctor, with his awareness that the patient's emotional life is governed by his needs and self concern, is important only to the extent that these needs are fulfilled.

If one of the results of the development of "psychosis" is the loss of a satisfactory self image, or damage to one's self-esteem, then the clinician as "ego-auxiliary" can be instrumental in restoration of the patient's image of himself as a worthwhile individual.

SUMMARY:

Psychotic-states are viewed from the ego-psychology position as ego-decompensated states.

An approach to the treatment of psychosis is conceptualized from a medical model treatment technique. The use of auxiliary tools to compensate organ function is equated with "ego auxiliary techniques" at the disposal of a psychotherapist. These techniques can be refined as any *active interaction which tends to supplement, reinforce, or promote ego-adaptive mechanisms* in a patient. A range of practical interactions are presented within a clinical setting.

This technique can be applied within the doctor-patient relationship taking in consideration that the principle of homeostasis and object need are indivisible.

BIBLIOGRAPHY

1. FROMM-REICHMANN, FRIEDA: *Basic Problems in the Psychotherapy of Schizophrenia;* Psychiatry, 21: 1, February 1958. — 2. SEMRAD, ELVIN, *Psychotherapy.* Presented at the Hartford, Conn., Psychiatric Society, April, 1963. — 3. HARTMANN, H.: *Contribution to the Metapsychology of Schizophrenia;* Essays on Ego Psychology: International Universities Press, Inc. 1964. — 4. HARTMANN, H.: *Ego Psychology and the Problem of Adaptation;* New York: International Universities Press, Inc., 1961 (Second Printing). — 5. NUNBERG, H.: "The Synthetic Function of the Ego", *Practice and Theory of Psychoanalysis,* New York: International Universities Press, Inc., 1955. — 6. MENNINGER, KARL: *The Vital Balance,* New York: The Viking Press, 1964. — 7. SEMRAD, ELVIN: *Psychopathology of Schizophrenia,* Bull. Amer. Psychoanal. Assoc., 5: 3, 46-47. — 8. EWALT, JACK R. and FARNSWORTH, DANA L.: *Textbook of Psychiatry,* New York: McGraw-Hill, 1963. — 9. "The Adaption of the Schizophrenic Patient to His Environment", Peter G. S. Beckett, *Psychiatry Digest,* February, 1964. — 10. HARLOW, H.F., Sci. Amer., 200: 6: 68-74, 1959. — 11. UHR, LEONARD and MILLER, JAMES G. (eds): *Drugs and Behavior,* New York: Wiley, 1960. — 12. EWALT, JACK R., Staff Conference - *Treatment of Patients with Schizophrenic Reactions,* March, 1961. — 13. "Introduction of a Part-Time Hospitalization Program into an Acute Psychiatric Treatment Service", LESTER GRINSPONN and RAQUEL E. COHEN, *New England Journal of Medicine,* 267: 752-756, October, 1962. — 14. "Limit Setting as a Corrective Ego Experience", RAQUEL E. COHEN and LESTER GRINSPOON, *Archives of General Psychiatry,* January, 1963, Vol. 8, pp. 74-79. — 15. SEMRAD, ELVIN, *Second Year Resident Didactic Seminar,* 1963-1964. — 16. ROCHLIN, GREGORY: *The Dread of Abandonment - A Contribution to the Etiology Loss Complex and to Depression;* Psychoanal. Study of the Child, Vol. 16, 1962.

THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL ILLNESS IN CHILDREN AND PSYCHOPATHOLOGY IN THEIR PARENTS (A REPORT ABOUT 45 CASES)

RITA ROGERS, M.D. *

The first attempts at methodical observation of children were those of CHARLES DARWIN. In 1875 he began to keep a day-to-day record of the progress of one of his own children, collecting and recording the data after the manner in which, as a naturalist, he would have observed some strange animal.

ELLEN KEY, a Swedish sociologist called the 20th, the Century of the Child. KANNER emphasized that during the first decade of the 20th century one started thinking *about* children, in the second doing things *to* children, in the third *for* children, and in the fourth *with* children. Actually, a lot of thinking about, to, for, and with children has been going on since the fourth decade, however the child psychiatrist is still faced with the difficult question, "Who is the patient?"

The therapeutic intervention is usually tackled according to the style, taste, and preference of the therapist. If the therapist is determined to see only children, then the child gets the major full blown attention, and the parents are delegated to another therapist as "collaterals" (a term poorly defined in theory and worse handled in practice). If the therapist is one who really feels comfortable only in treating adults, he might find very good reasons for seeing only the parents, if his hours are day hours, then the mother is the one whom he would invariably see (after all she is constantly with the child). The father could be the elected patient (after all he is the head of the family). Some psychiatrists have found that the

* Associate Professor of Psychiatry at the University of California, Los Angeles.

only solution is seeing the whole family together in a performance, called "family psychiatry", (they have to live together, they might as well be treated together).

In this paper, no solution to the problem is offered. Rather it will be an attempt to spotlight he multiplicity of the problem. The child psychiatrist needs to ask him or herself no only, "Who is the patient?" but rather by treating, "whom and how could I be most helpful."

In order to answer this question to oneself, this therapist asked of herself: "Whom have I usually elected or selected to treat?" A review of 45 cases (45 children) labeled by their parents as in need of help showed that in some cases this therapist treated:

only the mother
only the child
the mother and father
the child and mother
the child and father
child, mother and father
child, mother, father and sibling

Examples of the following variables will be given:

Case 1 —Child only— Laura is a plain looking 14-year-old who was referred because of an impulse to kill her 7-month-old adopted baby brother. Laura's mother had killed her infant son (7 months old) when Laura was 6 years old. She, Laura's mother, was found to be mentally ill and shot herself after psychotherapy was recommended to her. Laura's mother had not confided in anybody except in Laura, to whom she had shown the gun. Laura's father remarried and Laura had a stepmother who had made it her personal challenge that this girl should grow up emotionally healthy. Unfortunately, the stempmother was an amateur analyst and every detail of ever day life was discussed in terms of conscious, unconscious. The most difficult task in the treatment of Laura was not dealing with Laura's guilt and the re-exacerbation of Laura's incestuos desires for her father, but rather the diplomatic handling of her stepmother who needed support and acclaim for having been a good stepmother while convincing her that role of mother is incompatible with that of being ones child analyst.

Case 2 —Mother only— Susan was an attractive 15-year-old referred

by a dermatologist because of an atopic dermatitis which had resisted dermatological intervention. Onset was given as 2 years ago, which time coincided with the divorce of Susan's parents. Susan's father, 44, had entered an extramarital relationship with a 21-year-old secretary. Susan was darkskinned like her father who was of Mexican ancestry. Mrs. S., however, has always denied his ancestrage to the point of avoiding Mexican restaurants. Mrs. S. had been bothered by Susan's dark skin. "They never believed that she was my daughter. They always were astonished at how dark she is. They, doctors and nurses, ought to have known better." Mrs. S. was of Norwegian parents. When Mrs. S. was 13 (exactly Susan's age) her parents were divorced, and Mrs. S. felt deserted by her father. "He never returned until after my husband left me, but then it was too late. I did not want him anymore." The interview with Mrs. S. showed her to suffer from a depressive illness, with marked paranoid trends. She, however, did not want to be treated. Her statement was, "There are so many children who need treatment. I can't take the time away from them." Susan did not want treatment. She only wanted for her mother to make up her mind. As soon as Mrs. S. was taken on in therapy, Susan's dermatitis disappeared.

Case 3 —Mother and Father–Denny, a 15-month-old boy was referred by his pediatrician. The chief complaint by the mother was: "He follows me around, he drops spoons from his chair, I pick it up and he drops it again." The mother was a 23-year-old housewife, anxious and tense, preoccupied with masturbatory fantasies. She was involved in a consuming rivalry relationship with her own mother, and was having fantasies that Denny, her child, was her and her father's child. She compared unfavorably, her husband's genitalia with those of her father. She entered treatment and it became apparent that her husband was always trying to come also. Her husband was suffering from severe insomnia and an overwhelming fear of death. Mr. D's physical examination showed him to be suffering of essential hypertension. He had been undiagnosed becaused of his fear of going to a physician. Mr. D. was a striving driving man, perfectionistic and dependable. He was determined to "do right" especially by Denny, his only child. He was frightened of what might happen to Denny, if he, Mr. D. died and he knew that he would die. His own father had died when he was 4. He could not remember anything concerning his father. His life history, his work adjustment, his attempts to please everybody and to do what is right, was a pityful

outcry of guilt. After 4 months of psychotherapy, Mr. D. began to enjoy his boy, and simultaneously his insomnia disappeared. It is not only coincidence that Denny whose conversation up to that time was described by both parents only as "grunting" improved and he seemed to not need to follow his parents around continuously. He seemed to know that they planned to stay with him.

Case 4 —Child and mother— Leslie, an attractive, chubby nine-year-old, had complained of hearing voices. They occured only whenever Leslie was doing something for her mother, namely, wrapping an Easter present for her mother, preparing a cake surprise for her mother, etc. Leslie's father had died suddenly of a coronary occlusion. Leslie felt grief about her father's death. She also had felt like losing control, but her mother about whom everybody commented how well she managed and took it all, emphasized composure and control. "You always have to do something nice for people." After developing trust in the therapist, Leslie blurted out with anger, not only at her monther's niceness but also at her deceased father's perfectionism and compulsiveness. She was deadly frightened after this outburst, felt guilty, but the voices disappeared. Her mother, however, had to enter treatment. The balance of the household was upset. Leslie's being herself and unkind to her mother, stirred up in Leslie's mother her resentment against her own mother and against always having been a *nice plain Jayne,* as she called herself.

Case 5 —Child and father— Janice, a 14-year-old prim looking girl, was referred because of numerous somatic complaints and difficulties in getting along with siblings, parents, and friends. She was brilliant in mathematics. Her mother, a nurse, talked initially only about Janice but soon switched to discuss the torment of her marriage to a brilliant mathematician who had been impotent for many years and who had been suffering from severe rectal pain. Mrs. B. could not get psychiatric help for Mr. B. because he refused and she was afraid of him. But Janice looked and had the same aptitudes like her father and Mrs. B. was determined to get help for her. She, Mrs. B. had acted toward Janice often like she really wanted to act toward Mr. B. "Sometimes I just confuse the two of them," she said.

Case 6 —Child, mother, and father— Leslie C. is a 16-year-old attractive girl who was referred by her mother because of "difficulties in getting along with her." The mother talked about Leslie's ugly obesity (which she was not) and her fear of Leslie's promiscuity (which she was

not yet). Leslie was Mrs. C.'s daughter from what she claimed was a very brief first marriage. There were indications that this marriage never took place. Mrs. C. was raised in Britain and her attire and behavior emanated breeding. She had a bleak childhood and adolescence. Her pride was that she overcame difficulties. She stressed and emplazised character through suffering. There were two dark spots in her life she could not forgive herself: her succumbing twice to her instinctual drives: 1. her conception of Leslie, 2. her craving for chocolates. It was threatening to Mrs. C. that she had lost control.

Leslie's stepfather had been a severe alcoholic but had cured himself via A.A., and proudly could point to having stayed sober for 10 years. The price for this victory was a heavy one: he changed his vocation from Army officer, to night watchman, he changed his social life (associated only with people who never took a drink), and he pretended that he did not need anything in life except lofty ideals. His wife, who had loved social life and an occasional martini, substitute company with good books, and martinis with sweets. But in relationship to Leslie, she was overwhelmed with retaliatory reminiscences.

Case 7 —Child, father, mother and sibling— Steven S. a 14-year-old was referred from Pediatrics because of a "spell" described like a grand mal seizure except that: a) It happened under very dramatic circumstances (he had waited for 40 minutes in front of the bathroom, for his sister to come out. She was beautifying herself. She knew that he was waiting, but he claimed that this did not anger him because, "My mother and I, we never get angry.") b) His EEG was normal, c) He did not bite his tongue nor was he incontinent during the spell, d) He had not been attending school nor had he been leaving his home, e) Frequently throughout the day he would go over to the different members of his family and hug them and assure them that he loved them and asked them to tell him that they loved him. Steve was also suffering from a duodenal ulcer.

His mother had had numerous operations (about 9) during the past 3 years. She suffered of "fainting spells" but she was described by all members of her family as a living angel because she never became angry. Her, Mrs. S.'s, 8 siblings would come to her house and offend her and she would never answer back and always emphatically assured them of her love for them. Steve's father was very proud of his "tight knit" family. As a hobby, Steve's father was looking for his own father who

had deserted Mr. S. when Mr. S. was 4 years old, 2 weeks after Mr. S.'s mothers death. Mr. S. talked alternately about his father as a "sex maniac" or about his fantasy that his father probably was a "sheriff or chief of police."

Steve's sister had been afraid to go to school since she was 14. Three other siblings had suffered of school phobia. "In this family everybody likes to stay at home," was father's proud statement. Vickie, now 17, had taken over, "all mother's responsibilities" since mother's numerous illnesses, and she was only too eager to do so. When Steven was given his appointment to the clinic, Vickie grabed his appointment slip.

This family had to be seen together since it was physically impossible to separate them. They were sitting in the office holding hands. When one was embarassed, the others coughed for him.

Since it is impossible within this brief period of time to who was seen. All patients were seen individually except Steven's family (just mentioned). All children, mothers, fathers, or siblings were seen by this therapist. The tabulation was done for evaluation of one's approach and is of no statistical significance.

C— Child F— Father

M— Mother TABLE 1-BOYS S— Sibling

AGES	5 years	6-11 years	12-16 years
C M F S			X
C M F	X	XX	XXX
C M	X	XXXXX	XXXXX
C F			
M F	X		
M	XX		
F			
C			XXX
TOTAL	5	7	12

TABLE 2-GIRLS

AGES	5 years	6-11 years	12-16 years
C M F S			
C M F		XXX	X
C M	X	XXXX	X
C F		XX	X
M F			
M			X
F			XXXXXXX
C			
TOTAL	1	9	11

TABLE 3 —In table 3 I would like to add that in comparing clinically, girls seen alone and those seen with their mothers, is seems that girls seen alone were:

C— Child
M— Mother
P— Parent
F— Father
S— Sibling

TABLE 3

(All were in 12-16-age group)
Comparison Between

C seen alone	*C* seen with *P*
3 BOYS 7 GIRLS	9 BOYS 3 GIRLS
4 of the 10 had 1 diagnosed psychotic parent 2 had lost mothers through suicide before age 6 5 had one parent a classical psychopath	7 of the 12 had 1 diagnosed psychotic parent none had lost a parent through acknowledged suicide (1?) none of their parents had been diagnosed as a psychopath
In all 10 cases communication was severely impaired between child and his family. All had severe emotional deprivation and traumata, continuous before age 6.	These were families with more active interaction between family members. The parents were more sick as parents than as patients.

TABLE 4

Comparison Between			
C seen with *M* and *F*		*C* seen with *M* only	
7 BOYS	4 GIRLS	11 BOYS	5 GIRLS
		In this group 10 fathers were physically absent: Through divorce 2 Due to death 2 Due to illegitimacy 1 Due to traveling job 3 2 were too frightened because of a borderline adjustment 4 were having good relationship with their children, and stressing their relative health seemed clinically important.	

seems that the girls seen alone were:

Child alone	*Child with Parent*
1. more feminine	1. Had never indentified with their mothers, and were non-feminine looking girls.
2. They were in intense rivalry with their mothers, described their mothers as untrustworthy.	2. Intense rivalry existed between them and their mothers but it was an ambivalent relationship, characterized by difficulties of separating from their mothers.
3. These girls talked about their fathers in romantic trems.	3. Avoived talking about their fathers or would say, "I like both, my mother and father"
4. Massive rejection of external controls.	4. Emphasis on dependency.
5. Their self esteem was completely dependent on environment. Expressed desire to be "special and different."	5. No self esteem. Were frightened that they might be different.

Boys

Child alone	*Child with Parent*
	1. In comparing the boys seen alone and those seen with their mothers it became apparent that the mothers of the latter group were "*invasive*" mothers who could not have tolerated the therapeutic relationship between their sons and the female therapist without being included.
	2. Seven of these nine mothers complained about the child's masculinity in term of the boy being too masculine or not masculine enough.
	3. Seven of the nine mothers would have liked to have been men and were bitter about what they called "It's a man's world."

The cases outlined differ in presenting complaints, psychopathology, diagnosis. The complaints varied from hallucinatory experiences (Leslie), obsessive rituals (Nancy), spastic collitis (Molly), stuttering (Beverly), glue sniffing (Stephen), ruminating (David), Globus Hystericus (Susan), impulse to kill a sibling (Laura), following around (Dennis), antagonistic behavior toward siblings (Janice), guilt feelings over brother's death (Ricky), Elective Mutism (Cathy), soiling (Kevin), hysterical crying spells (Becky), stealing (Robin), not liking herself (Lisa Mae), living in fantasy (Robby), school phobia (Bryan), Anorexia Nervosa (Cathy), enuresis (Tom), not talking (Michael), saying it is all gone (Billy), intense severe fighting with sister who was taller (Clella), aggressive behavior (Melvin), not reading (Bobbie), excessive overt masturbation (William), somatic complaints (Paul), obesity (Robert), shaking spells (John), wandering away with men (Steven), delinquent behavior (Steven S.), promiscuity (Leslie), rage (Helen), Atopic Dermatitis (Susan).

The cases differed in diagnosis from:

Psychoneurosis anxiety reaction (Leslie)
Psychoneurosis, obsessive compulsive (Nancy)
Adjustment reaction of childhood, latency years (Beverly)
Personality pattern disturbance, emotionally unstable (Stephen)
Psychoneurosis, depressive reaction (David)
Psychoneurosis, anxiety reaction (Susan)
Personality pattern disturbance, paranoid type (Janice)
Psychoneurosis, anxiety reaction (Ricky)
Childhood schizophrenia (Helen) etc.

These children have all had very different life experiences. They have come from different walks of life, from different ancestrage. They have had actually very little in common:

1. They were all below 16 (the youngest, 15 months, the oldest, 16 years).
2. They have all been labeled by their parents that they are emotionally ill (and mostly all of them were).
3. Their psychopathology was closely related to the pathology of members of their family. Their illness in some cases served as a call for help for their parents. None of their parents had asked for help directly for themselves. They had not even uttered the question often heard from other parents, "Maybe it is all me."

The child psychiatrist when asking himself, "Who is the patient." usually has to find out who are the patients an then he has to decide how he can help his patient, the child, best. Sometimes the whole family has to be seen, sometimes only the parents need help, at times it is another sibling about whom one feels especially guilty, who needs treatment, sometimes only one or the other of the parents, and very frequently the child alone needs the therapeutic intervention. In such cases the parent needs to be made into a collaborative ally so that he should not obstruct treatment. Correct diagnosis not only of the psychopathology but also of the pathological family interaction is essential. The treatment prescribed should not be tailored according to the styles, tastes, and preferences of the therapist, but rather according to the needs of the patient. It thus seems that the young psychiatric patient needs a flexible therapist, a therapist who can change with the change of his patient, and who should also be able to change patients.



DINAMICA DE LA FAMILIA PERUANA *

Renato Castro **
María Antonieta Silva de Castro ***
Alegría Majluf ****
Luis Estrada *****

El estudio de la interacción familiar ha sido motivo de interés de los psiquiatras desde no hace mucho tiempo. El juego altamente dinámico de ajuste y reajuste familiar para lograr un buen grado de funcionamiento es el que ha motivado su interés.

Circunstancias exteriores pueden alterar seriamente este equilibrio y colocar al grupo familiar bajo stress. Se pensó que la inhabilitación súbita y grave del padre de familia podría constituir tal stress y que brindaría una situación casi experimental para estudiar los mecanismos de interacción y de reajuste familiar. Con esta consideración, en 1958, estudiamos familias canadienses en las que el padre había sufrido una inhabilitación súbita y grave. Esta investigación mostró que, en un estudio de este tipo, había que considerar tres parámetros: el psicológico, el socio-económico y el cultural.

Decidimos duplicar el estudio canadiense en el Perú teniendo en consideración los tres parámetros mencionados. Durante tres años sucesivos

---

* Trabajo realizado mediante la ayuda financiera de la Foundation's Fund for Research in Psychiatric.
** Profesor Asociado, Departamento de Ciencias Psicológicas, Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.
*** Profesor Auxiliar, Departamento de Ciencias Psicológicas, Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.
**** Profesor del Departamento de Psicología, Facultad de Letras, U.N.M.S.M.
***** Profesor Contratado, Departamento de Psicología, Facultad de Letras, U.N.M.S.M.

estudiamos familias representativas de la clase obrero, empleado e indio. Los resultados obtenidos en cada clase se compararon entre sí.

MATERIAL Y METODO

El estudio de cada familia se llevó a cabo de tres maneras:

1) Entrevistas personales con cada miembro de la familia, por separado, con el propósito de obtener una historia biográfica de cada miembro. Se usaron tantas horas como fueron necesarias para obtener una historia satisfactoria.

2) *Pruebas psicológicas.*—Para los adultos se usaron: el T.A.T., el S.A.C.K.S., la Prueba de Figuras de Michigan y un cuestionario especialmente preparado; con los indios se usó el Rorscharch en lugar de la Prueba de Michigan. Para los niños se usaron: el Dibujar una Persona, el Dibujar una Familia, la Prueba de Michigan y el Juego Estructurado con Muñecos; con los niños indios se usaron el C.A.T. y el contar cuentos, en vez de la Prueba de Michigan y el Juego Estructurado. La razón para no utilizar ciertas pruebas con los indios fue, la de evitar dificultades en la proyección, por incompatibilidad entre las figuras y la cultura indígena.

3) Estudio del grupo familiar en interacción.

Las entrevistas personales con adultos y el estudio del grupo familiar, fueron hechos por el psiquiatra de adultos del equipo; la entrevista con niños, fue, practicada por la psiquiatra de niños.

Se escogieron familias en las que no hubiera clara psicopatología en sus miembros, no estuvieran fragmentadas por muerte o separación de los padres, tuvieran por lo menos un hijo, que la inhabilitación del padre hubiese sido súbita y su grado de recuperación no mayor del 70%.

Se estudiaron 8 familias de obreros, con 57 individuos; 7 familias de empleados con 34 individuos y 6 familias de indios, con 39 individuos. Un total de 21 familias, con 130 individuos.

DISCUSION

El estudio de las familias peruanas ha puesto de relieve el hecho que cuando se estudia la dinámica familiar dentro de una área geográfica grande, se tiene que pensar en términos no de una sola cultura, sino de variantes culturales. Estas variantes están dadas por grupos de gente con ciertas características étnicas, sociales y económicas.

El presente estudio ha puesto en evidencia tres tipos principales de

funcionamiento dinámico en la familia peruana: El tipo "Despótico", el "Patriarcal" y el "Compañero", así llamados por la actitud del padre con respecto a la familia.

En el grupo "Despótico", el padre provee, toma decisiones e impone la disciplina en la familia; demanda absoluta sumisión. Las madres son dispensadoras de amor y atención física a la familia; los hijos son objetos sobre los cuales el padre ejerce su autoridad y la madre dispensa amor, y son considerados como ayuda para la familia. A nivel inconsciente el padre demanda admiración y amor, de naturaleza receptiva, sin ninguna inclinación a dar nada en cambio. La madre demanda seguridad y oportunidad para darse emocionalmente; los hijos esperan amor y seguridad. A nivel consciente hay buena complementaridad en los roles, el padre recibe sumisión, la madre dá amor y los hijos se someten al padre y reciben el amor de la madre; los roles son claros, reconocidos y aceptados. Inconscientemente, los miembros de la familia satisfacen parcialmente sus deseos. El padre es atendido y cuidado, la madre tiene una cierta medida de seguridad y una oportunidad de dar, los hijos encuentran amor en la madre. Pero en el funcionamiento de la familia como grupo, en la acción recíproca de los roles, hay profundas causas de insatisfacción. Los castigos del padre y su conducta amenazadora lo alejan de la familia; el padre espera amor y obtiene temor. La madre no puede dar libremente sino que es forzada a hacerlo y, además no puede defender a los niños. Los hijos son amados por la madre, pero amenazados por el padre y puesto que la madre se somete al padre los hijos están básicamente insatisfechos. Por lo tanto, hay lucha interna dentro de la familia, hay fuertes corrientes de odio, división de la familia en dos frentes, (madre e hijos por un lado y el padre solo en el otro) e inseguridad general.

En el grupo "Patriarcal" el padre provee, toma las decisiones e impone la disciplina. La madre dispensa amor y cuidado físico a la familia. Los hijos se someten al padre y son amados por la madre; también son objeto de auto-realización para los progenitores y posible ayuda para ellos. Inconscientemente, el padre demanda amor y admiración de la familia, pero con cierta disposición a dar. Las madres demandan seguridad y una oportunidad de darse. Los hijos esperan amor y seguridad. En el nivel consciente hay buena complementaridad, los roles son claros, bien reconocidos y aceptados. En el nivel inconsciente hay, relativamente, una mayor complementaridad de roles que en el caso anterior. El

padre es cuidado; la madre tiene cierta medida de seguridad y oportunidad de darse; los hijos encuentran amor en la madre y algo de ello en el padre. En el funcionamiento de la familia como grupo hay menos causa de insatisfacción. La conducta del padre, matizada con cierta disposición a dar, hace que el obtenga, sino amor, por lo menos respeto; la madre puede dar más libremente y puede defender a sus hijos; éstos se sienten mas seguros. La familia empieza a ser un objetivo en sí misma, hay mas disposición en los miembros para sentirse parte de un grupo, con una historia detrás y una meta en el futuro. Los miembros no están separados como objetos "per se", satisfaciéndose uno a otro o frustrándose uno a otro; su comportamiento interpersonal es, en general, más satisfactorio en este grupo que en el anterior. El odio es mejor controlado, menos aparente; hay menos tendencia a la división en frentes, menos lucha interna y mas seguridad.

En el grupo "Compañero" el padre es el proveedor, pero las decisiones y la disciplina son el resultado de un acuerdo entre la madre y el padre. La madre dispensa amor y atención. Los hijos son objetos de realización familiar. Inconscientemente el padre demanda amor, pero está pronto a dar lo mismo en cambio; la madre demanda seguridad y oportunidades de dar. los hijos esperan seguridad y amor. Consciente e inconscientemente, hay buena complementaridad en los roles de este tipo de familia; la acción recíproca de los roles satisface a los miembros. Ambos progenitores dan amor y obtiene amor, los hijos se sienten seguros. En este tipo, la familia es un objetivo en sí misma, sus miembros se sienten parte de una agrupación sólida, la familia no está dividida en bandos. Hay poca lucha interna y una gran medida de seguridad.

El comportamiento de las familias hacia agencias exteriores, refleja el comportamiento de los miembros dentro de la familia.

Las familias del grupo "Despótico" están singularmente aisladas. La familia, en grupo, no se relaciona con agencias exteriores mientras que los miembros, individualmente, lo hacen. Los amigos son de la madre o del padre pero no de la familia. La asistencia a la Iglesia es hecha individualmente o por los miembros de un bando familiar. El ser miembro de un grupo comunitario es asunto individual de los miembros y no de la familia en conjunto. Los padres hacen uso de agencias exteriores para escapar de un contacto mas íntimo con la familia. El status de la familia está centrado alrededor de la figura del padre o de lo que pueda mostrar en sí mismo o gastar fuera del hogar.

La relación hacia la familia progenitora o contemporánea es particularmente demostrativa de las relaciones dentro de la familia nuclear. Los hijos abandonan la familia tempranamente y prácticamente cortan las relaciones entre ellos y con ambos padres; el único puente de contacto es la madre, quien hace de factor cohesivo y cuando ella desaparece, la familia se fragmenta totalmente en sus miembros constituyentes.

Las familias del grupo "Patriarcal" también están aisladas de las agencias exteriores. Las relaciones descritas más arriba, también pueden aplicarse a estas familias. Pero el hogar es un mejor punto de referencia para los miembros de ellas, que en el caso del grupo "Despótico". En las familias del grupo "Patriarcal" hay mayor consciencia de grupo. El padre es todavía una figura distante y la familia es movida por él según sus intereses; la familia es una posesión del padre, pero él está orgulloso de ella y su status se logra no tanto por lo que el padre puede mostrar sobre sí mismo, sino también por lo que pueda invertir en la familia. El está orgulloso de mostrar a su familia y está se lo agradece. Las relaciones hacia la familia progenitora también son mejores y los lazos son conservados más íntimamente que en el caso anterior. La madre también es aquí un factor cohesivo, pero la familia no se disgrega totalmente en el caso de que ella faltare.

Las familias del grupo "Compañero" se relacionan bien con agencias exteriores. Los amigos, la asistencia a la Iglesia, la pertenencia a grupos comunitarios, las visitas y paseos son asuntos de la familia en conjunto y no de cada miembro por separado. El hogar es el punto de referencia para los miembros de la familia. Esta no es una posesión del padre sino de la agrupación familiar. El status de la familia es cooperativo y todos los miembros contribuyen a él. Las relaciones con la familia contemporánea y progenitora son íntimas y ambos padres son factores cohesivos.

La perspectiva de la vida, weltanschauung y la orientación en el tiempo reflejan las relaciones intrafamiliares.

El mundo de las familias del grupo "Despótico" está preñado de temores, la vida es dura y todo se interpone en el camino del hombre, fuerzas malignas lo estorban y su futuro es ominoso. El mundo de las familias del grupo "Patriarcal" es menos temeroso; la vida es dura per vale la pena luchar; el futuro depende del esfuerzo del hombre. El mundo de las familias del grupo "Compañero" es placentero, la vida puede ser conquistada y el futuro es prometedor. La desconfianza pervade las relaciones entre el grupo de familias "Despóticas" y el mundo, la duda en aquellas

del grupo "Patriarcal" y el optimismo en las del grupo "Compañero".

Si uno prefiere definir brevemente los tipos de familias descritas arriba en términos del padre y la familia, podríamos decir que, en el tipo "Despótico" al padre no le importa la familia; en el tipo "Patriarcal" el padre posee a la familia; en el tipo "Compañero" la familia no es una posesión del padre sino de una corporación de miembros.

Las familias peruanas se sitúan a lo largo de estos tipos —necesariamente rígidos por motivo de la descripción— de comportamiento dinámico, entre el tipo 'Despótico", desintegrado, y el altamente integrado tipo "Compañero", siendo el tipo "Patriarcal" el término medio en esta escala de integración.

El tipo "Despótico" fue el único que se encontró entre los indios. El tipo 'Patriarcal" empieza a aparecer en las familias de obreros, y el tipo "Compañero", solamente se encontró entre las familias de empleados. Elementos de la actitud patriarcal en el padre comienzan a aparecer en dos padres de familias indias, los únicos padres indios que pertenecían al grupo económico superior de su clase.

Esto demuestra una relación definida entre tipo dinámico de funcionamiento familiar y clase socio-económica. Si dividimos, rígidamente, cada etapa de estudio, indios, obreros y empleados entre dos categorías económicas, rico y pobre, encontramos que:

De 6 familias indias, 4 pertenecen al típico grupo "Despótico" y son pobres y las otras 2, con elementos del tipo "Patriarcal", son ricos.

De 8 familias de obreros, 3 ricas y 3 pobres, pertenecen al tipo "Despótico" y las únicas 2 familias del tipo "Patriarcal" pertenecen al grupo

De 7 familias de empleados, las únicas del tipo "Despótico" pertenecen a los pobres; 1 pobre y 1 rica, pertenecen al tipo "Patriarcal"; 1 pobre y 2 ricas, pertenecen al tipo "Compañero".

Esto quiere decir que un tipo de familia mejor integrado solamente se encuentra entre aquellas con una posición socio-económica más elevada. Pero esto es todo lo que se puede decir al respecto porque el caso contrario, familias pobremente integradas se encuentren solamente entre el grupo socio-económico más bajo, no se desprende de los resultados.

Hay un rasgo muy significativo con relación a la aceptación de estos modelos de funcionamiento familiar. El grupo "Despótco" es aceptado por la sub-cultura india, de mala gana por la sub-cultura obrero y con rechazo por la sub-cultura empleado, no solamente en términos de los miembros de la sub-cultura, sino también por los miembros de la fa-

milia . Es decir, la familia indígena espera que el padre se comporte de esa manera, la familia de obreros se queja del comportamiento del padre y la familia de empleados condena al padre. Por ejemplo, la familia indígena no imagina al padre jugando con los hijos como una forma de comportamiento apropiada para el padre; de otro lado, los padres despóticos de familias de empleados reconocen que se portan mal con la familia.

¿Cómo podemos explicar el rol desempeñado por los factores socioeconómicos en la aparición de estos tipos sub-culturales de funcionamiento familiar? Las actitudes se adquieren o aprenden en la niñez, principalmente a través de la interacción con los padres. Los niños tienden a perpetuar las actitudes de los padres en sí mismos y luego las enseñan a sus hijos cuando llegan a la adultez. Examinemos la pareja básica para la formación de la familia. Un hombre que ha aprendido su rol como padre de un padre despótico y que, al mismo tiempo. anhela ser amado tratará de obtener amor por medio de la fuerza. Una mujer que ha aprendido su rol como madre, de una madre sumisa y que anhela sentirse amada y protegida, se someterá para obtener ambas cosas. Ambos, padres y madre, serán frustrados en sus deseos básicos, ambos obtienen cuidado, pero no amor; ésto produce resentimiento y continua lucha interior en la familia.

Si la mujer tiene una oportunidad para demandar amor y seguridad porque tiene ante ella vías abiertas para escoger al hombre que pueda satisfacer mas ampliamente sus deseos, forzará al hombre a modificar su actitud, disminuir sus demandas y dar más en cambio. Esto satisfará mejor los deseos básicos de ambos. El hombre obtendrá amor y cuidados y la mujer amor y seguridad sobre una base más genuina, con menos resentimiento y menos lucha en la familia.

Los grandes centros urbanos dan a la mujer mayores oportunidades para prepararse en la lucha por la vida, un mejor conocimiento de sus status como mujer y, por ende, oportunidad para demandar del hombre que le dé mas y le pida menos. Esto dá lugar a un mecanismo de perpetuación y se convierte en el modelo reconocido de funcionamiento familiar para una sub-cultura dada. Esto, a la vez, dá a los hijos una oportunidad para probar el comportamiento de sus padres frente al transfondo cultural. Un modelo parental insatisfactorio, tenderá a provocar una identificación negativa en los hijos y cuando a ésto se añade el freno cultural, el mecanismo de perpetuación gana impulso.

Este último factor puede explicar el comportamiento de dos padres pertenecientes al grupo "Compañero" quienes descendían de familias del grupo "Despótico" y cuyas esposas fueron difíciles de conquistar. Por otro lado, los dos únicos padres del tipo Despótico en el grupo empleado están casados con mujeres que no estaban preparadas para la lucha por la vida y quienes son pasivas.

La inhabilitación del padre, como se esperaba, fué un medio excelente para estudiar el dinamismo de las familias. Puso en evidencia los roles básicos de los miembros, su grado de complementaridad y el funcionamiento general de la familia. La reacción de ella ante un padre incapacitado varió grandemente, de acuerdo con la satisfacción de las expectativas de su rol y la capacidad del padre para cambiar una actitud insatisfactoria previa. Los padres "Despóticos" que no cambiaron de actitud, son puestos de lado por la familia; los padres "Patriarcales" y "Compañeros", son aceptados y cuidados por la familia; los padres "Despóticos" que cambiaron de actitud son aceptados y el funcionamiento de la familia es mejor que antes de su inhabilitación.

Este estudio ha revelado la relación entre la auto-estimación y el rol que se desempeña. En último análisis, el rol básico del padre es el de proveedor. Cuando el padre desaparece como tal, su reacción fué deprimirse. Esto es importante cuando se planea un programa de rehabilitación, puesto que la actitud de la familia puede aumentar o disminuir la depresión del padre y, a la larga, determinar el éxito o el fracaso del programa de rehabilitación. Los padres que únicamente se identificaron a sí mismos dentro de la familia, y fueron identificados por aquella como proveedores, toleraron menos cualquier disminución de su capacidad para ganar un sueldo, y por lo tanto asumieron una actitud de "todo o nada" hacia la rehabilitación; lo mismo hace la familia. Esto puede conducir a una negativa a aceptar la rehabilitación y el funcionamiento en una capacidad disminuída.

BIBLIOGRAFIA

1. R. Castro, G. Gingras, E. D. Wittkower: Impact of sudden, severe disablement of the father upon the family. The Canadian Medical Association Journal. 82, 1015 - 2020, May 14, 1960 — 2. R. Castro, A. Majluf, M. A. Silva de Castro: Impact of Sudden severe Disablement of the Father upon the Peruvian family. Proceedings III World Congress of Psychiatry, 1961.

CHILDREN'S REACTIONS TO PRESIDENT KENNEDY'S ASSASSINATION: A SUMMARY ACCOUNT *

Por *GILBERT KLIMAN*, M.D. [1]; *ANN KLIMAN*; [2] and *MARTHA WOLFENSTEIN*, Ph.D. [3]

You are all aware of the waves of profound emotion which swept through the world on Friday, November 22nd, 19 3. We who are citizens of the Unites States are grateful for the heartfelt condolences received from colleagues in this hemisphere and elsewhere concerning the death of our President. In spite of the heinous and mournful nature of those events, it behooved us as scientists to utilize this opportunity to record and scrutinize the reactions of our patients and also of the general population. A number of psychologic questions remain unanswered in the area of response to tragic stimuli. It is not yet clearly known at what ages and in what situations the various manifestations of sadness, grief and mourning are generally expressed by children. It happened that Dr. Wolfenstein, my wife Ann and I were engaged in a study of children's reactions to the death of a parent. We were therefore prepared to face childhood reactions to the presidential death with a variety of questions. Like several other investigative teams throughout the United States, we made a rapid and fairly largescale investigation. We kept daily notes on the reactions of some 20 private patients including 3 children in analysis and several in intensive psychotherapy. Questionnaires of a detailed sort were sent to 500 qualified child psychiatrists throughout the nation, of whom over 100 responded. Information via questionnaire was obtained from the teachers of 3,000 school children averaging

---

* Presented in Lima, Peru, by Gilbert Kliman, M.D. to the joint meeting of the American Psychiatric Association and several South American Psychiatric Societies.

1, 2, 3 Instructor in Psychiatry, Research Associate, and Associate Professor of Psychiatry at the Albert Einstein College of Medicine, respectively.

about 30 children per teacher, and from school directors and nurses. Several hundred emotion laden essays of school children written in the first days and months were collected. Mrs. Kliman and I conducted tape recorded interviews with 23 children from ages 6 through 19, beginning 24 hours after the assassination.

Little previous effort of a comparable sort has been made to record the emotional responses of children to a major tragedy. Even the responses of adults have seldom been evaluated, especially from the point of view of a depth psychology such as that of classical psychoanalytic theory or some variant of it. As you can imagine, it is not possible to present more than an outline of this work in the brief time available today. Before proceeding into any depth of mental processes, surface verbal and physical behavior should be described. Among the immediate phenomena were autonomic reactions such as marked restlessness in the youngest children and a few instances of blanching in the junior high school and high school children. Weeping for up to several hours at a time was not common until high school, where it ocurred mostly among girls. Apparently dozenes of girls in each school had to excuse themselves to go halls and restrooms, overcome with weeping. High school nursing offices were filled with double the number of ill children, principally with autonomic disturbances. This did not occur at earlier ages. These physical phenomena were no longer evident when schools reopened on November 26th. Children of all ages studied generally had an initial phase of disbelief or negation. Only moments after hearing the news the youngest age groups were able to accept its truth, with persisting waves of disbelief for several days. Among the adolescent groups, disbelief persisted for weeks and months, as it did among adults.

Some findings of the present study with children support previous anecdotal observations concerning the reactions of adults. Our older child subjects, both those suffering from various emotional illnesses and those who did not apper to require treatment, showed evidence of regarding the dead president as a father image. DeGrazia (1), Fairbairn (2), and Orlansky (3) in their observations on adult reactions to the deaths of King George and President Roosevelt, remarked on the ubiquitousness of the dead resident being regarded as an oedipal figure. By late latency and early adolescence there was a distinct emotional investment in the image of the president. He appeared as an idealized father image and in some cases an idealized mother image. The grief for his death was in most

adolescents a pure, unambivalent, easily expressed feeling of personal loss. Before age 12, however, the picture was more primitive and less one of personal loss. Only a small portion of younger children had a profound investment in the president prior to this death. (Upon his death there was an increasing attention to information concerning his personality and deeds, so that an image was built up even in the minds of many young children.) Previous work by Greenstein (4) showed that it is not until fouth grade that the majority of children are aware of the president's name and political affiliation with much certainty. It is only later under ordinary circumstances that they come to regard him as an extension of their personal families. Despite their lack of emotional investment in President KENNEDY, the abrupt and catastrophic assassination stimulated young and previously uninvested children into urgent defenses. The emergence of their own homicidal and patricidal impulses seemed to be threatening them. Younger children manifested considerable anxiety, although little overt sadness or weeping. Fear of the assassin, often with disturbance of sleep, was very clear among latency children — both those with clear neuroses and those non-patients whom we interviewed. An interesting feature was how the assassin became a personal threat to latency children, who often imagined him to be physically present in the house or in the neighborhood. It is possible to understand OSWALD's "presence" as a projection of the child's own unacceptable murderous impulses, which he cannot directly recognize. A very few children consciously identified with the murderous activities of OSWALD. A few non-patients in nursery and kindergarten level began playing games involving assassination within a few weeks after November 22nd. Among older children, a paternally bereaved 12 year old boy had a dream that very night in which he was the assassin, and at another point was KENNEDY. This was a boy who had much gratification from physical intimacy with his mother following the death of his own father a year ago. With these exceptions, identification with OSWALD was present only among our patients. It is probably a discriminating item between the well and the ill. Although in my program summary I communicated that identification of a girl with OSWALD had not been noted, further scrutiny indicates at least one such instance in an 18 year old girl who already had numerous father-murder wishes and had been paternally bereaved some years ago. Other male-female differencesin response were that in general, the expressed sadness and tearfulness of girls seemed to occur earlier in life and to be more pronounced by far

thana mong boys. There was relatively more intellectualizing activity among boys. By early adolescence boys tended to be quite concerned about the national and international implications of the death.

A particularly forceful segment of childhood reactions to the President's murder was the stimulation of classic oedipal and patricidal themes in their mental life. I have already mentioned that many children appear to have reacted to the President's murder as if it weakened defenses against their own death wishes to parents. The stimulus by the assassin's example led to a small outbreak of savage notions among both patients and non-patients. Some early latency children briefly entertained the idea that the assassin would become president. Primal horde dreams and fantasies of a barely disguised sort appeared. Some patients imagined shooting, bombing, or spearing the president and congress even making trophies of the heads of the dead leaders. Sexual aims toward MRS. KENNEDY developed rather quickly and with astonishing frankness in rare individuals. Castration fears in various forms were in the air. The dead president's ghost was expected to appear. Identification with KENNEDY ocurred rapidly, ranging from assumption of his ideals to fantasies of sharing his terrible fate.

A preliminary inspection of our data reveals that where murderous impulses were distinctly reinforced and where incestous impulses emerged toward the president's wife, these events took place within individuals who had strong prior tendencies in those directions. These observations are another instance of the "law of initial values", in which the highest baseline levels are likely to be associated with the greatest increments in a process. Except in those few carefully studied cases where we have daily notes both before and after the assassination, it is extremely difficult to attribute the presence and even the apparent timing of these inner processes to the tragic external event. Furthermore the particular bias induced by a tragedy alters the adult investigator's interests and emotions, providing serious methodologic obstacles. Despite the necessity for skepticism, it is our impression that our material represents a shift in the direction of increased conflict over homicidal and oedipal strivings. The children of our nation were indeed stirred not only into grief but severe transient conflict. At this point the vast majority of our patients and non-patients appear to have recovered and in some instances to have matured appreciably in response to the tragedy. I thank you for your attention to this brief account, which can only sparsely convey to you the drama and poignancy of our children's feelings, thoughts and behavior.



MIGRACIONES INTERNAS, CONFLICTO PSICOLOGICO Y MECANISMO DE DESADAPTACION

Dr. *OSCAR VALDIVIA PONCE* *

Es para mí una gran satisfacción y magnífica oportunidad presentar a esta asamblea internacional uno de los problemas psicosociales más trascendentales de mi país con sus consecuentes repercusiones en el campo de la psiquiatría; repercusiones de las cuales somos testigos en nuestro quehacer psiquiátrico en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima.

Este problema, al que me refiero, es el de las migraciones internas hacia Lima y otras grandes ciudades del Perú. Los problemas que estas migraciones crean son muchas veces graves en todos sus aspectos, tanto socio-económicos como psico-sociales. Vale aclarar que en Lima el problema tiene gran importancia tanto por su magnitud (un 60% más o menos de la población de Lima es migrante de provincias) como por el contraste cultural que existe entre Lima y los pueblos primitivos de la Sierra del Perú.

En nuestro quehacer psiquiátrico sólo vemos un aspecto del problema, es decir la resultante del fenómeno de desadaptación que se nos presenta en el cuadro psiquiátrico con todas sus repercusiones. En el estudio de los diferentes factores determinantes y desencadenantes de la enfermedad mental de nuestros pacientes hemos ido encontrando, poco a poco, especialmente en los migrantes que vienen de la Sierra del Perú el factor de las vicisitudes de adaptación y sus repercusiones. Así paulatinamente hemos llegado a comprender que el migrante en su cambio de ambiente sufre un impacto de desigualdad o contraste cultural que, en una u otra

* Profesor Asociado del Departamento de Ciencias Psicológicas, Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

crea, el conflicto psicológico que determina una sintomatología que traduce claramente la problemática de desadaptación. No es infrecuente encontrar que el problema de adaptación y sus repercusiones son tan graves que no hay otra salida que indicar el retorno terapéutico a la tierra natal.

Entre nosotros el Dr. CARLOS ALBERTO SEGUIN (3) ha sido el primero en señalar, en los migrantes que vienen de la Sierra, el Sindrome Psicosomático de Desadaptación. Además de este Sindrome Psicosomático, hemos observado otras formas de desadaptación que se presentan en los migrantes como respuesta al conflicto psicocultural de adaptación al ambiente capitalino. Vale aclarar que no todos los migrantes que vienen a Lima sufren reacciones graves de desadaptación, hay otros que llegan a adaptarse aparentemente sin mayor problema.

Nuestras investigaciones en el campo de la Psiquiatría Industrial en Lima (6) nos indican, a través de estudios estadísticos de salud mental, que el índice de disturbio emocional es mayor en los migrantes que vienen de la Sierra. Otros investigadores como ROTONDO y colaboradores (2) han encontrado también valores altos de patología psiquiátrica en individuos procedentes de la Sierra. Creemos que no se podrá comprender el problema de las reacciones psiquiátricas en los migrantes sino se hace un estudio integral del problema. Este estudio que ya hemos iniciado comprende los siguientes aspectos:

1.—Estudio socio-cultural de la tierra natal del migrante.
2.—Grado de adaptación del migrante en su lugar de origen.
3.—Motivaciones de la migración.
4.—Vicisitudes de la desadaptación y conflicto psico-cultural.
5.—Reacciones de desadaptación: Cuadros Psiquiátricos.

Vamos a analizar brevemente cada uno de estos aspectos para tener una idea de sus alcances e importancia.

1.—*Estudio socio-cultural de la tierra natal*.—Creemos que este estudio es muy importante puesto que nos informaría sobre la realidad socioeconómica y normas culturales de los pueblos de origen, de donde vienen los migrantes; así mismo nos permitiría explicar, en parte, algunos factores que determinan las migraciones. Sin este conocimiento sería difícil comprender más ampliamente el fenómeno de "*desarraigo*" de la tierra natal y la problemática de la desadaptación. Al respecto algunos

estudios socio-culturales de algunas zonas de la Sierra del Perú han sido realizados por sociólogos y antropólogos nacionales y extranjeros. Sin embargo debemos aclarar que para muchos de nosotros no es desconocida esta realidad ya que como peruanos estamos, en una u otra forma, familiarizados con ella.

2.—*Grado de adaptación del migrante en su lugar de origen.*—Estamos convencidos que el grado de adaptación depende de dos factores importantes: la personalidad y el grado de catexis con el ambiente social (familia, situación de trabajo, comunidad, etc.). Este aspecto del problema está siendo estudiado por nosotros y puedo adelantar que en cierto número, los migrantes presentaban ya dificultades de adaptación al lugar de origen; en cambio otros estando, aparentemente, bien adaptados presentaban sentimientos migratorios definidos y maduros de superación y progreso que los impulsó a dejar la tierra natal para el logro de sus aspiraciones.

Es interesante considerar, también, que el migrante antes de dejar su lugar de origen pasa a través de un proceso que llamamos *vicisitudes del desarraigo* y que se refiere a la serie de dificultades que tienen que vencer para dejar su pueblo natal Al respecto podemos decir que estas "vicisitudes" se pueden dividir en dos tipos: Las que se refieren al *ambiente;* resistencias que le oponen la familia (padres, hermanos, tíos, etc.), los amigos, compromisos de trabajo y de otra índole; y las que se refieren al *propio yo,* por ejemplo, relación emocional con su tierra natal, grado de motivación, perspectivas fijadas para el futuro, etc. Debemos indicar que muchas veces estas fuerzas contrarias determinan sentimientos de culpa. Sin embargo no hay que olvidar que muchos migrantes en el proceso de "desarraigo" pueden ser alentados en sus propósitos de viaje por los familiares o amigos.

3.—*Motivaciones de la Migración.*—Conocer las motivaciones de la migración es importante para comprender sistemáticamente los movimientos migratorios. Estas motivaciones determinadas por nosotros, en un comienzo, varían desde aquellas que podemos llamar las esencialmente *biológicas* o de *supervivencia* que se originan por grandes inundaciones, terremotos, sequías, etc. y que se dan no sólo en el hombre sino en los animales (como aconteció hace algunos años en el Sur del Perú durante la sequía) hasta las aparentemente *triviales* en las que se deja situaciones

estables y gratificantes para lanzarse a una aventura migratoria. Como se vé existe una amplia gama de motivaciones de las cuales vamos a señalar las siguientes:

a.—*Las biológicas o de supervivencia,* en las que la migración se impone como una necesidad vital de supervivencia.

b.—Los que vienen a Lima a "*culminar aspiraciones*" con la clara intención de "ser otros", de progresar en el sentido de elevar su prestigio. Aquí pueden ser incluídos los que vienen en busca de prestigio intelectual y los que migran en busca del prestigio económico.

c.—Los que vienen atraídos por la *propia fantasía* o por los datos recogidos en torno a lo *deslumbrante de Lima* que incita y seduce ya por su belleza o por lo sexual y que en el folklore ha sido expresado en anécdotas, poesías y cánticos, por ejemplo, el vals "El provinciano".

d.—Los que migran por la *muerte* de los *familiares* o *pérdida de vínculos amorosos.*

e.—Los que se percatan de las *limitaciones a sus aspiraciones* para el *desarrollo de su prole,* sintiendo la necesidad de que sus hijos sean "otra cosa"; ingresen a la Universidad, por ejemplo.

f.—Los que vienen *perseguidos por la justicia* por seducción amorosa, robo, crimen, etc.

g.—Los que vienen *traídos por el ejército o la marina* a cumplir con el servicio militar obligatorio.

h.—*Miscelánea.* En este grupo están incluídos los que vienen a Lima en busca de salud, paseo, a conocer, etc.

Toda motivación implica una posibilidad de realización y esto a su vez se traduce en un proceso que empieza con el fenómeno del desarraigo y que culmina con la migración y la realización de los ideales o la derrota en la adaptación.

Hay migrantes que fácilmente llegan a la realización de sus ideales, en cambio otros caen en la angustia de la desadaptación con todas las repercusiones que implica la derrota o la retirada a través de la enfermedad; retirada más aceptada socialmente, y que culmina con la vuelta a la tierra natal. Esta vuelta a la tierra natal ha sido captada psicosocialmente en los pequeños pueblos y en el folklore se expresa a través de los cuentos, anécdotas, cánticos, como se puede apreciar en el vals "Todos vuelven".

Nosotros hemos observado cómo el derrotado se resiste al regreso; no quiere volver derrotado, pero sí puede hacerlo como enfermo; no sien-

do en éste caso derrotado sino enfermo y en esta situación ya no puede ser censurado. Muchas veces esta retirada es benéfica y en ella el individuo se prepara para una migración posterior; reconsidera y analiza los factores de su derrota y en su segundo intento migratorio consigue adaptarse en la capital.

Sobre el nivel de clase social de los migrantes encontramos que la mayoría pertenecen a capas de nivel social inferior, coincidimos con HEINTZ (1) en que la mayoría de migrantes son jóvenes, adolescentes, adultos solteros y solteras.

4.—*Vicisitudes de la adaptación y conflicto psicológico.*—Gran parte de nuestros migrantes vienen a Lima de los pequeños pueblos de la Sierra, en donde viven en condiciones elementales y precarias por la pobreza como por el pobre contacto con los adelantados de la civilización occidental, no tienen industrias y carecen de buenas vías de comunicación con las ciudades importantes de la Costa.

Lima, exhibiendo un marcado contraste, es una ciudad metropolitana con dos millones de habitantes y normas de vida de estilo occidental, lo que representa un ambiente muy diferente de los primitivos pueblos de la Sierra, donde se habla la lengua quechua y las costumbres son muy disímiles. Como vemos, hay una serie de factores disímiles que representan un contraste cultural que puede provocar un conflicto psicológico-cultural que determinará las vicisitudes de adaptación.

Para tener una idea de las diferencias culturales vamos a destacar ciertas características, tanto de Lima como de los pueblos rurales del Perú, en especial de los pueblos de la Sierra, por proceder de allí la mayoría de migrantes que presentan problemas de adaptación:

a.—El clima de Lima es húmedo y nublado la mayor parte del año, diferente al de la Sierra que es seco y casi siempre con sol.

b.—La altitud de la ciudad de Lima, en relación al nivel del mar, fluctúa entre 0 y 150 mts. La mayoría de pueblos de la Sierra están a gran altitud y sus habitantes están adaptados fisiológica y biológicamente a esta altitud.

c.—Lima ofrece un ambiente de ciudad moderna con una serie de componentes derivados del desarrollo técnico e industrial.

d.—La vivienda y las condiciones de gran urbe occidental superpoblada contrasta principalmente con la vivienda y condiciones primitivas de los pueblos rurales de la Sierra.

e.—Las normas sociales y costumbres son completamente disímiles entre Lima y los diferentes pueblos rurales del Perú en especial con los de la Sierra. La organización familiar también es diferente, entre los indios aún existe el *Servinacuy* o matrimonio a prueba. Las parejas se unen definitivamente previo este ensayo matrimonial, que tiene su origen en el tiempo de los Incas. La organización social está constituída por comunas, rezagos de la organización social del imperio de los Incas.

f.—La alimentación también es muy diferente entre Lima y la Sierra; siendo ésta última de tipo indígena.

g.—El lenguaje castellano que se habla en Lima representa una dificultad, especialmente para el indio que habla quechua o aimara.

h.—El trabajo de tipo industrial y tecnificado, en Lima, representa otra dificultad para el habitante de los pueblos rurales, acostumbrados al de tipo agropecuario en un nivel primitivo.

i.—El ambiente humano de Lima con su contenido agresivo y hostil que se manifiesta, principalmente contra el forastero, se hace aún más intenso con el indígena.

j.—La mayoría de la población andina está constituída por 5 ó 6 millones de indígenas, cuyas características físicas y antropológicas son diferentes al habitante de la costa y en especial al de Lima, en donde predomina el mestizaje del blanco, indio, negro y asiático.

El hombre de los andes tiene una biología y fisiología especial; su antropología física ha sido descrita por muchos investigadores y a ella nos referimos en una obra nuestra (5). La biología y fisiología del hombre de la altura ha sido estudiada por el Instituto de Biología Andina.

Cuando este hombre baja a la Costa se producen inevitablemente una serie de cambios fisiológicos y metobólicos para adaptarse a la altitud del nivel del mar. Así se destruye la hiperglobulía que trae de la altura, aumenta la bilirrubinemia, la glucosa, el ácido láctico, etc. Al lado de este primer choque biológico tendrá que producirse el otro psicocultural que será más marcado entre mayor es el conflicto que la nueva situación cultural pueda crear.

5.—*Reacciones de desadaptación: Cuadros Psiquiátricos.*—Las reacciones de desadaptación son de lo más variadas y no sólo de orden psiquiátrico. De las psiquiátricas, muchas pasan desapercibidas porque sólo exhiben mecanismos de defensa de primer y segundo grado. Las reacciones psiquiátricas generalmente se precipitan por una serie de hechos o fenómenos que actúan como factores desencadenantes.

Según el Dr. SEGUIN (3) los factores desencadenantes pueden ser:

1.—Cualquier enfermedad durante la lucha de la adaptación.
2.—Un accidente si este se dá principalmente en el centro de trabajo.
3.—Malas noticias de la familia, muerte o enfermedad de los padres.
4.—Falla en el trabajo, dificultades con sus jefes o compañeros de trabajo.
5.—Despedida del centro de trabajo, necesidad de cambio de casa, infortunio en el amor.

A estos factores señalados por SEGUIN se pueden agregar las propias dificultades de adaptación (dificultad de encontrar trabajo, falta de recursos económicos, incomprensión del medio, la actitud agresiva y despectiva del limeño, la nostalgia, etc.).

En resumen estos factores desencadenantes se pueden dividir en dos tipos: los que provienen de la tierra nativa y los que se presentan en la ciudad a que deben adaptarse. Es necesario aclarar que las reacciones psiquiátricas de desadaptación pueden presentarse en un comienzo en la etapa de choque cultural o un tiempo después de haber conseguido una aparentee adaptación. Hay cuadros psiquiátricos de desadaptación que se presentan dos o tres años después.

Con reacciones psiquiátricas más frecuentes se destacan en orden de incidencia las siguientes:

a) El Sindrome Psicosomático de Desadaptación con toda la sintomatología ya descrita por el profesor SEGUIN.

b) El Sindrome Psiquiátrico Cultural del Desgaste, es un sindrome neurótico que se caracteriza por una sintomatología variada en la que predomina un sentimiento y sensación de pérdida de energía vital, acompañada de sensación de debilidad, dolores difusos, cansancio, anorexia, pérdida de ánimo para trabajar y angustia. Este sindrome cultural lo hemos encontrado y descrito indirectamente con el Dr. SERGIO ZAPATA (4) al estudiar, en el folklore, los conceptos populares sobre las enfermedades. En la actualidad el Dr. ZAPATA, quien ha acuñado este nombre, esta haciendo estudios más profundos al respecto.

c) Otras reacciones neuróticas de lo más variado, entre las que predominan las de tipo conversiva, angustiosa y disociativa. Además hay otras de sintomatología y actitud hipocondriforme y las depresivas, predominando en estas últimas el contenido somático de la depresión.

d) Reacciones psicóticas de tipo paranoide en las que se sienten perseguidos e insultados, siendo generalmente el contenido ideativo del cuadro el problema de la desadaptación.

e) Reacciones psicóticas depresivas en las que el componente patoplástico refleja la problemática de adaptación.

f) Reacciones esquizofrénicas también suelen presentarse.

Algunas consideraciones sobre la dinámica de las reacciones psiquiátricas.

Pensamos que las diferentes reacciones son los finales mecanismos patológicos de defensa frente al stress, que representa las dificultades socioculturales, que ofrece Lima al migrante primitivo que trae patrones culturales muy disímiles y que como consecuencia se retira en la enfermedad. Decimos que estos mecanismos son finales porque hemos observado que el migrante se defiende desde un comienzo buscando, a través de cartas, desde antes de su llegada, vínculos socio-culturales semejantes; así trata de ubicarse entre los familiares, paisanos o viejos amigos. En este proceso de adaptación muchos son cautos y a fin de adaptarse progresivamente empiezan a vivir en las barriadas marginales de la ciudad de Lima. Allí encuentran su comida, música, lengua, fiestas en una palabra sus costumbres, lo que representa un sólido mecanismo de defensa que les permite soportar los sinsabores y estragos de la lucha por la adaptación. Las barriadas, si en verdad exhiben miseria, representan verdaderos mecanismos psicosociales de defensa. Desde allí comienza la segunda migración hacia la zona urbana de la ciudad y desde allí empieza el sudor, las lágrimas y el dolor que constituyen las verdaderas vicisitudes de las cuales algunos salen victoriosos, con el triunfo en sus aspiraciones y otros, derrotados, emprendiendo el retorno vergonzoso o la huía en la enfermedad, ya sea ésta orgánica o psiquiátrica.

RESUMEN

Se hace un estudio de las migraciones internas hacia Lima y sus repercuciones psicosociales relievando los siguientes aspectos:

1.—Estudio socio-cultural de la tierra natal del migrante.

2.—Grado de adaptación del migrante en su lugar de origen.
3.—Motivación de la migración.
4.—Vicisitud de la adaptación y conflicto cultural.
5.—Reacciones de desadaptación: Cuadros Psiquiátricos.

BIBLIOGRAFIA

1. HEINTZ, PETER. "Curso de Sociología". Edit. Andrés Bello, 1960. Santiago de Chile. — 2. CARAVEDO, B., ROTONDO, H. y MARIATEGUI J. "Estudios de Psiquiatría Social en el Perú". Ediciones el Sol S.A. Imp. El Condor. — 3. SEGUIN, C.A. "Migration and Psychosimatic Desadaptation". Psychosimatic Medicine. Vol. XVIII, Nº 5, September-October, 1956. — 4. SEGUIN, C.A., VALDIVIA PONCE, O. y ZAPATA, S. "Psiquiatría y Sociedad" Edit. Universidad Mayor de San Marcos, 1962. — 5. VALDIVIA PONCE, O. "Historia de la Psiquiatría Peruana". Gráfica Morson S.A. 1964. — 6. VALDIVIA PONCE, O. "Un Estudio de Salud Mental en una Población Industrial". Rev. Med. Hosp. Obrero. Vol XII, Nº 3-4, 1963.



TECHNOLOGY AND PERCEPTION

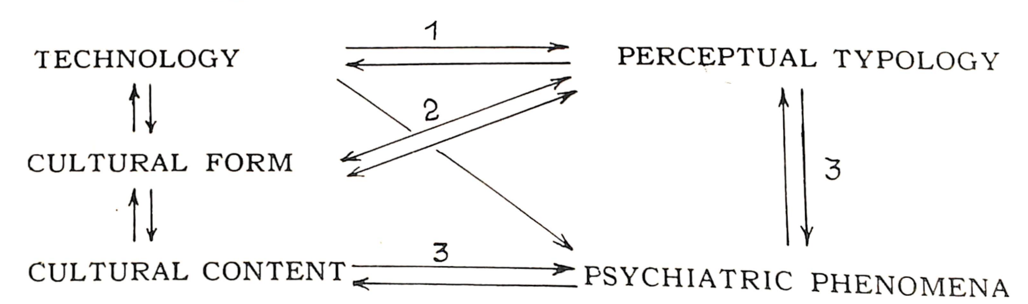
by *DANIEL CAPPON,* M.B., F.R.C.P., D.P.M. *

INTRODUCTION

My main purpose in speaking to you is to point out a hitherto unrecognized, or at least neglected, relationship between a significant aspect of culture, namely its technology, and a fundamental aspect of mentation, namely perception. This may turn out to be a key to man's better understanding of himself and society.

DIAGRAM I

THE RELATIONSHIPS OF TECHNOLOGY



The diagram (I) will show what I regard as the core relationship in what may become a heuristic theory of social behaviour. This is the relationship between the products of technology, which are tools, gadgets

* Assistant Professor of Psychiatry. Founding member of the Centre for Culture and Technology University of Toronto, Ontario - Canada.

and instruments and an organization of mental input which may be characteristic for individuals and groupings, herein called a perceptual typology.

The Heuristic Theory

Let us now lay down a series of hypotheses, which you can follow from the numbered arrows on the diagram, and which constitute this theory.

A. Firstly, that the products of technology, seen axiomatically as mostly sensory motor extensions of man, modify and are in turn modified by his perceptual typology.

B. Secondly, that perceptual typology, both in its original form and as modified by technical instruments, modify cultural forms and hence contents and vice versa. That the way a man looks at himself and his environment affects his way of life and the institutions of his society. And his cultural pattern affects in turn, the way he looks at things.

C. Lastly that all three orders: perceptual typology, technology and culture forms and contents modify psychiatric phenomena.

All these relationships are dynamic, cybernetic.

Argumentation

There should be no great difficulty in accepting as axiomatic the fact that man in his desire for mastery over himself and his environment has the inventiveness to make tools, gadgets and instruments in order to extend his corporeal and mental self into space and to reduce the time and effort required for this mastery. Clothes are extensions of the skin and the body's internal regulation. The microscope and telescope extend the eye. The printed word extends the word of mouth. The crane and bulldozer extend the arm and the wheel extends the feet. Electricity, says MARSHALL MCLUHAN (1) is an extension of the nervous system. It may be equally trite to point out that man is capable of nor-organic and hence a less wasteful evolution than organic evolution, in the progression of these technological extensions of himself. That is man has developed, at first slowly and nowadays, it seems, explosively, a series of tools which have extended his senses and his motor powers more and more efficiently. For instance there has been an evolution from the domestication of the

horse, to the invention of the stirrup, the canoe, the wheel, the sail, the steam engine, the ship, railroads, the motor car, the aeroplane and the rocket which has powered locomotion from the conquest of this planet to transportation to the moon and stars.

We shall return to this notion of an evolution of tools when we consider the relationship between technology and cultural form and content.

For the moment, having accepted technology as an extension of man, let us return to the core relationship between it and a perceptual typology. Theoretically if a perceptual typology is defined as an organization of mental imput, that is of sensory stimuli, of all percepts, impressions, etc., and if technology is seen as a corporeal and mental extension of man, there is a necessary relationship between them. The problem, however, is a practical one. It is the mapping out of a perceptual typology. It is a matter of defining operationally the classes of perception and determining experimentally the relationship between them in such a way as to differentiate individuals and groupings from one another. It is a problem created by complexity in the perceptual process and the many interdependent variables in it. But let us make a beginning by classifying perception.

(See table 1, next page)

Man has eight senses. Table 1 shows that three inform him about the more distant environment: seeing, hearing and smelling. Two inform him about the proximal environment: touching (including heat and pain) and tasting. And three tell him about his internal milieu: kinesthesia, proprioception and the visceral sensation, the latter accounting for coenesthesia.

There are also eight orientational percepts (2-6). These operate above the neurophysiological level of sensory modalities. They are psychophysiological or entirely psychological plenomena. Two orientational percepts are overall in that there is no specific locus inside or outside the body and mind of a person for them: time and space. Three percepts, those of lengths (the three dimensions), e.g. length, thickness and width, those of weight and the relationship between the object and time and space, namely position and movement apply in two quite different settings to two orders of objets, external objects and the subject's own body.

Higher in the hierarchical range from physical and physiologic to totally psychologic, there are the more complex composite perceptions of the physical and psychological self and perhaps the faculties of intuition, imagery and imagination which are so heavily based on perception. Extrasensory perception stands alone.

We shall limit ourselves to the more traditional percepts of sensory modalities and orientation.

There are at least four variables determining a possible perceptual typology. Let us exemplify with the sensory as opposed to the orientational class of perception.

TABLE 1

PERCEPTION

A HIERARCHY AND RELATIONSHIPS

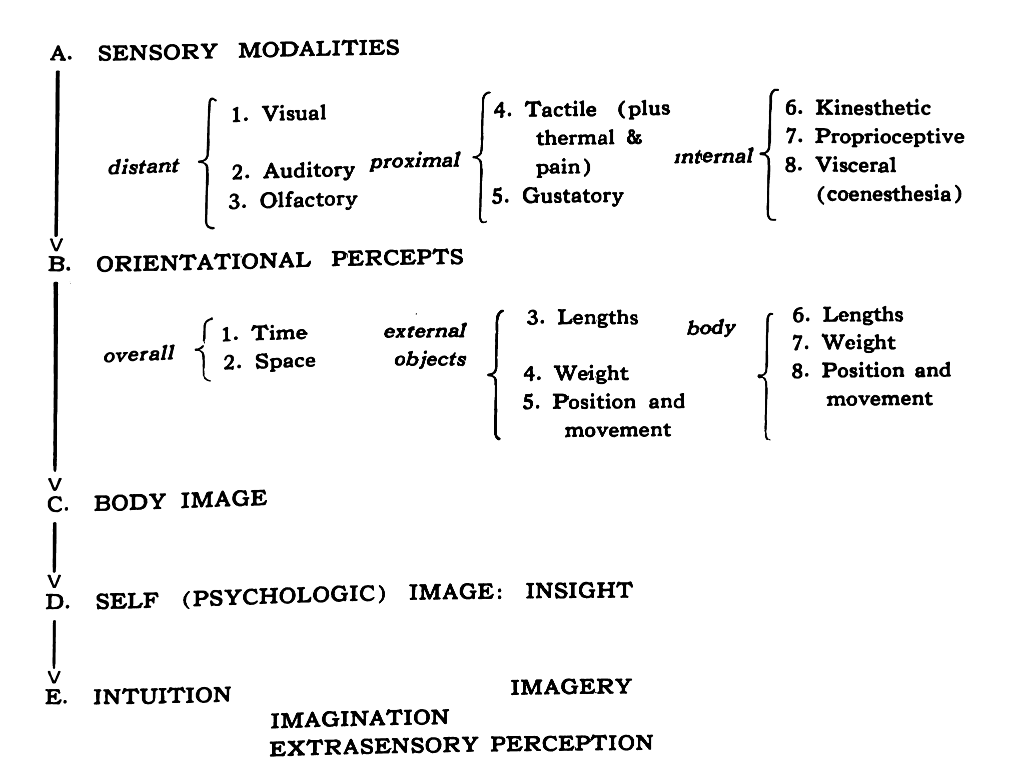


TABLE 2

PERCEPTUAL TYPOLOGY

Order	*Example*
A. SENSORY	Strong visual dominance vs total sensory involvement.
B. ORIENTATIONAL	Temporal orientation: e.g. to futureness; Spatial orientation: e.g. clinging, small space preference.
C. IMAGERY	Vivid visual.
D. OVERALL	Augmentation and Reduction.

Variables	*Measurement*
(i) Dominace; preference.	(a) frequency (b) reliability or certainty of usage (c) accuracy of identification or performance (d) recall and extinction
(ii) Hierarchy and inter-sense radio	
(iii) Sensory interaction	(a) the effect of over/under stimulation of one or more senses on one or more of the above measurements in the same or other senses. (b) the effect of over/under stimulation of sensory input on each of the orientational percepts.
(iv) Sensory activity, passivity and defence.	

The variables would be:

1. Dominance by any one sensory modality as determined by preference, frequency of usage, reliance or credibility placed on it, and its pre-eminence in memory storage, recall and reproduction or extinction.

2. A hierarchy among all the sensory modalities with an interval scale between them, that is an inter-sensory ratio.

3. The effect of sensory interaction; that is the effect of over or understimulating one or more senses upon one and the same or some of the other senses. For instance stimulation of cold receptors to the face raises peripheral visual sensitivity and warmth has the opposite effect from cold. Much of this work has been carried out in the Soviet Union (7).

, 4. The active or pasive use of a sense, by dint of sensory-motor activity or merely by changing the focus of perceptual attention. For instance active touch (8) is movement in order to touch and passive touch is merely being touched; actively looking is focusing on external objects with extroverted visual interest and passively looking and watching being looked at have an introverted focus.

Comparison may establish that individuals and groups possess certain characteristics of a sensory typology. Males may differ from females in their preference for using their sensory modalities more actively, e.g. touching rather than being touched; looking rather than being looked at. The North American may be describably as highly visual whereas the Irish may be more aural (oral) in both phonetic interpretations of the word. For the American "seeing is believing", whereas for Paddy believing is "I've heard tell". Negroes may be described as kinetic and Slavs as visceral. Because all modern man tend to rely more on vision and may actually generally share an order ranking of the senses, what is likely to distinguish one group from another is not the order ranking but the actual intersensory ratio, as determined by relative usage, reliability and other criteria. There may also be qualitative differences in the way men use their senses. We know that intersensory ratios can change. For instance the blind differ relatively in this respect from normals (9) and the congenitally blind of course differ absolutely, both in their actual use of sensory modalities and in their sleep dreams. Sensory deprivation or bombardement, whether experimentally or in disease, such as paralysis or deafness, are conditions know to alter the intersensory ratio both in waking and in sleep dreams. Comparisons may also yield and orientational typology. The North American may be found to be future oriented, fond of large space (a philobat) and tending to augment dimensions, an expansive character. The Spaniard, on the other hand, may turn out to be a past oriented, onnophilic, reducer. Underpriviledged societies are likely to be present oriented, space clinging reducers. Then again there is likely to be a strong relationship between sensory and orientational preferences making for an overall, perceptual typology.

1. *The relationship between technology and perceptual typology*

How does technology relate to such a hypothetical perceptual typology?

Man makes tools and instruments as extensions of himself in order to adapt and gain mastery over his environment. Equally his perceptual typology is a aspect of his adaptation. Therefore, there ought to be a relationship between perceptual typology and technology especially because most tools are extensions of the sensory-motor apparatus.

Reading the printed word, electricity, turning darkness into light, movie watching ought to increase the ratio between vision and the other senses in literate, technically advanced societies. The archaeologist's spade; labelling the carbon atom, calculating the decay in uranium in the hands of the anthropologist should have dilated our sense of pastness. The lunar telescope will magnify the sense of space. Medicine has expanded the perception of biological life span.

2. *The relationship between Perceptual Typology and Culture*

Intuitive men have realized the quickest way to a man's heart or head, as women have realized through tradition what Voltaire said long ago "C'est l'estomac qui fait les heureux" and so they find the quickest path to a man's heart via the kitchen. Thus Hitler roused the tribal Teutons to mass frenzy with goose steps, fanfare and blaring on loud speakers and radio. Churchill used what Marshall McLuhan calls a "hot medium", the same instrument, the radio, but with dignified eloquence to rally tweedy Britons to stand alone and defend the frontiers of freedom in this century's darkest hours. TV might well have killed Hitler as it did the chances of Presidential candidates.

Cleancut Kennedy opened the USA to world window display and shaggy Castro clowns endlessly with his hirsute minions appealing to the tactile Cubans to reach out in beard linked chains and reach the scraggy pinnacles of renewed glory. Both used with intuitive mastery the "colder" medium of TV. Techniques of visual aid: blown up pictures of Lenin and Castro, documentaries of the Nürenberg trials, the Hollywood star systems, the TV epic of Kennedy's assessination, have anthropomorphized the image of Western leaders whether Queen, President, Prime Minister or Dictator. The Western politician and his PR man are intensely preoc-

cupied with the visually exposed persona, which they are pleased to call the "image". They appeal to the masses using the media and gimmicks which transmit the message most affectively viz preferred sensory modalities. The monarch of the neo-western Japanese can no longer be the deus ex-machinae. He has to be visible and his no longer divine heir is given ample TV footage as he attends a secular school. Only in aural and thus tribal pockets of Western Society may the leader remain relatively visually unexposed like Salazar and Franco.

Technology has introduced a perceptual revolution in Russia which, in turn is changing radically the political, economic and social system. The new tools of Russian industries, especially the power driven farm implements have increased the visue-tactile element (pressing buttons) at the expense of the kinetic and proprioceptive, that is blood, sweat and toil. The result is the break up of Soviet collectivism. The introduction of technology in traditional work breaks up the perceptual typology of the people. The changed perceptual typology, increased productivity, and affluence, combine in order to break up the political ideology, in this instance communism, which accompanies the collectivist, kinetic and proprioceptive form of labour. The change in perceptual typology wraught by the introduction of the tools of capitalism and democracy is bringing the Russians nearer to us, while the angry Chinese, slower in their technological revolution and fighting an uphill struggle with traditional forms of perception and therefore ideation, lag behind. That democratic ideology and so individualism will prevail in the East, in the wake of the technological revolution and the radical change in perceptual typology is augured by the Russian beatnicks and spive, the rock and roll cult and the revolution of the men and women in the fine arts, all barely suppressed. We should be able to predict what will happen in Peru. The heritage of the Incas, history's most thoroughly collectivist society (10 a-e) did not give way to an early communism because of the incohate individualism of craftsmen in pottery, textile and cult objects. Then came corporate feudalism which made it possible for the Andean Indian to raise the most unimproved potatoe breed this side of Ireland and New Brunswick. It yielded tubers the size of a walnut unchanged since they were first domesticated thousand of years ago. Nowadays the Peruvian peasantry can send their sons to qualify as car mechanics and their grandsons to pilot planes and drink from a coke-bottle dispenser, then turn to their plot of earth and dig with sticks and rake with wooden hoes, thus still

using neolithic tools. But what will happen when technology upgrades the productivity of this kind of traditional work? When the phone and TV become universal and everybody reads Pogo and becomes absorbed in statistics, beauty contests and stock exchange transactions illuminated on pinball-like machines?

Certainly the political scene will change. Because the perceptual change from total sensory involvement with ample proprioceptive and tactile stimulation to visual will be disturbingly sudden, because the transition will not be gradual enough for a corresponding evolution of ideation, one may predict violent upheavals.

In considering the relationships between technology and cultural form and content on the one hand, perceptual typology on other we must return to the question of the development of tools and instruments.

There has been an evolution of communication media from the Altamira cave drawings to the Gutenberg press books, magazines, newspapers and hence the telegraph, telephone, film, radio, TV, Tel-star and now the TV phone. This evolution like evolutions, for instance the biological evolution of human beings and the astrophysical evolution of stars, begins gradually and slowly and then accelerates. At present it appears to be explosive. It seems important, however, that societies accepting the new tool should undergo a certain period of adaptation with it. It seems even more important that there should be no missing in the evolutionary link, no skipping of a phase. Probably the reason for this is that sudden changes in the technological extensions of man, do not allow for adequate perceptual developmental progress. This in turn does not allow for adequate ideological progress. This seems particularly important when the tools introduced by another culture revolutionize meaningful traditional work like farm work. Some tools have a way of being instantly adopted universally, like the sewing machine. This does not upset the culture unduly nor change tooradically the tactile element in the activity and therefore in perceptual typology. The sewing machine was especially innocuous as long as tribal communal life was still sustained by spinning bees or similer activity. But when spectacles were first introduced in the mid 15th century and later bifocals by Benjamin Franklin in the 18th century, there must have been a veritable upheaval for the myopics in the world. Had there been a myopic nation (like the Japanese seem to be now) one would have predicted on a fundamental change in it. A good example of the danger in skipping an evolutionary phase in technology

is the introduction of the aeroplane before the territory is unified by the railway and motor car. This produces pockets of fiery reactionary regionalism.

From the long and cross bow to gunpowder, machine gun, dynamite and nuclear explosion there has been a progression of arms, that is a powerful extension of the fist, which has history and is presently threatening genocide. Men being what they are, given to anger, greed and warlike hostility and murder, they have instantly adopted any new invention in arms. To do this without the period of adaption to the new weapon, without a concommitant morality which comes from the responsibility of having it, to have skipped an evolutionary link has always been dangerous: To wit the near catastrophy of using gas in the first world war and biological warfare since; the responsibility for Hiroshima and the horror since then evoked by Neville Shute, "On the Beach" and by Dr. Strangelove. The adoption of tools is not often resisted for long. When they upgrade the productivity of traditional work they can hardly be resisted at all, as on India's farms today. But the concommitant morality and ideology is always resisted. The other country wants the technology but rejects the technologist, as did the Indians with the British officers and hopefully the Arabs with the Soviets. Adoption of the tools in the absence of adequate time for a concmmitant perceptual and ideological change brings about bigoted regionalism as in Quebec (Canada) and areas of militant nationalism, as in Africa. Skipping the technological, perceptual and ideological evolutionary phases, especially when power tools have upgraded traditional work is liable to spark conflagrations around the world. The inhabitants of underprivileged countries in the absence of a sufficient time lapse for the ideology which goes with the new technology and for change in perception to take grass roots and grow, will resist total absorption in the human cauldron homogenizing all races and cultures and revive their ancient tribal ideology. They will find their past and if they have not got one, they prefer to manufacture it along with western weapons. Cyprus has found itself peopled by Greeks and Turks instead of Cypriots; Canada has discovered its bilingualism and biculturalism; Kashmir has finally been forced to face its lobsided ethnic group position against its anomalous governmental power; Israel is splitting into many more than thirteen tribes; the Caribbeans are finding there is no such creature, only Jamaicans, Trinidadians and so forth; the Congolese split; the dis-United Arab Republic; even the numerically tiny old Belgians are rediscovering

their old Flemish and Walloon animosity; that ancient tribe of trouble-makers, the Irish, with their backward vision, are rejecting the English, now is favour of the Germans; the Negroes in the USA are fighting for a place in the sun - not to mention artifactual political divisions which never existed: North and South Vietnam and Korea. On the same reactionary lines, towards grass root identities in tribal grouping with total sensory involvement, we have the curious revival of regional dialects in the B.B.C. breaking up the uniformity of 19th century the Queen's English, the gallic vogue in Wales and Nova Scotia and those bearded soil clingers the Mennonites of North America and the clothes stripping Doukhobors whose main protection from the cold during their wintry protests is obesity.

What is the impact upon us from thrusting our visual culture in all directions. It seems very little indeed. A visual culture in the electric age, says Marshall McLuhan (11, 12) leads to individuation, hence objective detachment, fragmentation and isolation. As we push ourselves with polaroid camaras, flying jets into the hinterlands of the globes, we leave a trail of airconditioned hotels, where we talk up in our own language, our own cultural interests —like baseball and cricket—, drinking our own whiskey or Bourbon uninterrupted by the natives whose language forms a barrier we don't choose to breach.

But what will be our impact on others? What will be the more directly social consequence of upgrading the visual element and introducing modern technology and mass media in Peru? The inevitable consequence of literacy and mobility is the break up of cohesive family life: The children will go further and further away to school, stay longer away from home and in school and want to live separately as soon as possible. The men will roam further and further from home to work. The women will become restless sitting at home and reject traditional work and crafts. The old people will be forgotten and die lonely. The sick, especially the mentally ill, will be isolated in distant hospitals with sterile ambience. Until, in a penduiar swing, a Peruvian Maxwell Jones comes along and blows the horn of community centred Psychiatry.

The most obvious economic consequence of the new technology is the affluence with, at first, a greater distance between the rich and the poor; then violent socialism and trade union movement; and finally a mellowing, with government taxation levelling things down to lull, fearful, welfare mediocrity. There will be a preoccupation with numbers:

social security numbers, earning, tax, prices, crop output, hospitalization number, births and death, and a loss of interest in actual persons. The colour and pantomine of the market place will give way to neatly displayed price tags and bargaining will be no more. There will be a frantic obsession with work, with a loss of sight of its personal and even corporate goal, and terrible boredom and emptiness during increasingly long leisure hours. The TV alone tends to have this effect of not being able to look ahead, since the child, totally involved in it, Western blood and dust, advertisements and all, sits transfixed, almost inside the idiot box, with loss of identity and loss of time perspective (13). The old men of the tribal aural culture will no longer tell the long tales incorporating the mythology, history and tradition of their native land, totally conmitted to memory and word of mouth, for the fragmenting visuo-tactile culture of the computer will have compartmentalized and stored all this in a digit-triggered electronic brain spewing forth cerebits — a word giving the feel of this fragmentation. And the hitherto unselfconscious Peruvians will wear the strange look of people being looked at. Thus all men will be linked up by TV in universal brotherhood and mutual hatred; dwarfed and blown up to heroic proportions and isolated as never before.

The Centre for Culture and Technology

Research at the Centre for Culture and Technology at the University of Toronto is directed towards establishing a method for determining first a sensory, later an orientational and ultimately an overall perceptual typology in adult normative Canadians (14). Once an operational definition for thus typifying men is reached, our next step is to test the first hypothesis expounded in this paper within the relationships between technology and perceptual typology. Comparisons between populations exposed to a relatively new and powerful technological product, especially in media of communication like TV should yield significant differences. Having established differences in sensory and orientational behaviour we trace out, by means of oneirological or phantasy formation studies, the preconscious conscious and preferential pathways and the inter-perceptual ratio of experimental and control groups.

We are also interested in making cross cultural comparisons. For instance Greece is about to introduct TV. It offers a pre and post TV

cultural and perceptual study. It may well be that this wonderful land, Peru, should be studied soon with a view to establishing changes in the intersensory ratio of its percetual typology and predicting subsequent social and political changes as well as the shifting the picture of psychiatric phenomenology. It is astonishing that the effects of tools and instruments on man's perception, thoughts, feelings and therefore political and socio-economic system have never been studied from this perspective. Especially curious is the fact that the various mass media of communication have not been studied in this way. For instance no one seems to have inquired into the effect of print, the variables of typography, upon an aural society thus becoming visual and literate. We are engaged, as an interim exercize, upon this sort of research: to establish the relative effect of lower case lengths, the association of print, paper and pictures in relationship to visual attention, perceptual defence and personality involvement (15). When one considers the vast sums spent on advertising; on the entertainment media, which have evolved from morality plays, the troubadours and court jesters and folk dances to the theatre of the absurd, ballet and Danny Kay; and all aspects of modern life dependent on these media —like newspapers and books— this blind spot in research is truly amazing.

At this centre Professors drawn from various disciplines and deparments of the University like Medicine, English. History, Museology, Engineering and Psychiatry, initiate projects of multidisciplinary research to test the hypotheses and implications of the heuristic theory of behaviour with which I have just acquainted you today.

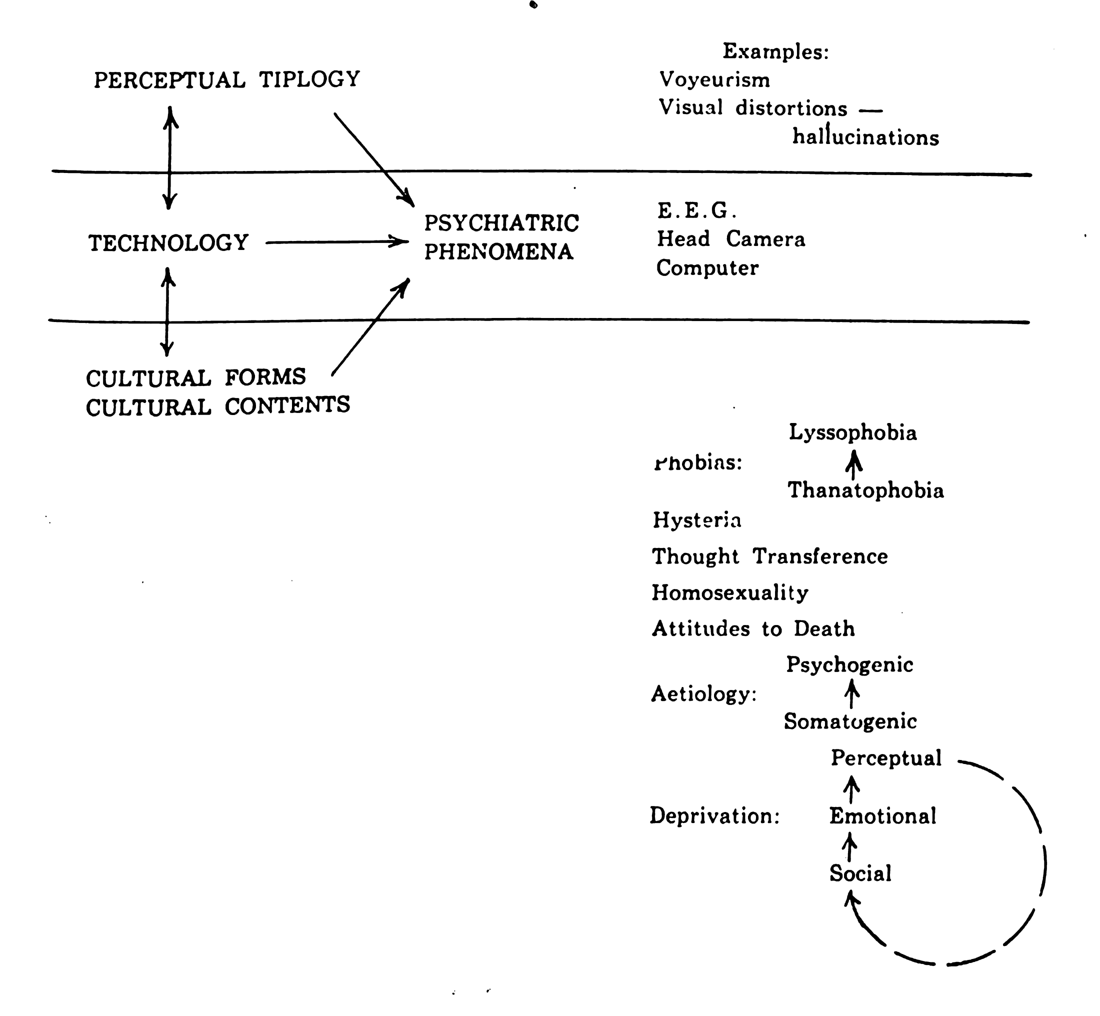
Having accepted the fact of our being a visual culture, we employ such instruments as a head camera (16) to see what people look at and we build visual models of the relationships to be tested in our theory. The head camera is a particularly interesting instrument. I have brought along with me a film showing what it does.

(*A film strip was shown*)

As you can see, the headcamera is a visual instrument, in visual age, to see how vision functions psychologically.

DIAGRAM II

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEPTUAL TYPOLOGY, TECHNOLOGY AND CULTURE AND PSYCHIATRIC PHENOMENA



The Relationship between Technology, Culture and the Psychiatric Phenomena

Finally, let us illustrate briefly the relationship between technology, culture and the psychiatric phenomena.

Let us begin with the direct relation between technology and psychiatric plenomena depicted in the middle of the diagram.

After centuries of aloofness prejudiced by Plato's famous argument when he said that it was a misuse and degradation of science to use technology, science has recognized its indebtedness to technology, its maidenhead. The inventiveness of tool making has made scientific breakthroughs possible. Psychiatry, like the Social Sciences is waiting to get the tools, to make its next break through. The biochemical and neurophysiologic tools, even the E.E.G. have not succeeded in helping us make the break through because we are not yet ready to determine relationships outside these of behaviour at the psychological level. We must first establish a behavioural (in the broadest sense of the term) foundation to Psychiatry.

Electric gadgets and computers will aid objectivity by facilitating the measurement of the largely subjective phenomena of Psychiatry.

For instance, at my perceptual research laboratory in the Department of Psychiatry, at the University of Toronto, instrumentation and computer programming are routine steps in the experimental design. In assessing the perceptual performance of, for instance, depersonalized patients and controls on estimates of time, lengths, and weights, with respect to external objects and also their own body, we have invented such instruments as a spanometer for the judgements of length, a gravitometer, for estimates of external weights and a levitometer for thresholds of vertical acceleration and deceleration (5). We use tracking apparatus; feedback or cybernetic methods and process all the data through an IBM 7090 computer.

The head camera (16) already mentioned, is a very proper tool for psychiatric research. It measures psychiatric phenomena, hitherto only subjectively monitored. This is study at the right level, that is at the behavioural rather than the pathophysiological, biochemical or genetic level. It enables the observer to see how and at what precisely the subject is looking.

(*another strip of film was shown*)

It is significant of this visual age that there has been a tremendous

interest recently in eye movement instrumentation and measurement. For instante the work of Kleitman and Dement (17) very nearly broke-through the subjective censorships of dreaming by means of registering oculo-motor activity.

Instruments have probably had an indirect effect on psychiatric phenomena. The EMG has obviated gross motor hysteria in the West. The forms of hysteria are in fact a good parameter of technological and cultural change. Hysterical manifestations have undergone a cultural evolution from gross blindness, motor paralysis and fugues to subtle headaches and cardiac conversions. This has kept pace with technological advances in detecting hysteria and also with cultural emphasis, viz. on the heart, with the aid of ominous tools, like the E.K.G.

Phobias are another such index. They show an evolution from the demonstrable and gross to the visible and now the invisible and abstract: micro - or baccilophobia, cancerophobia and ultimately thanatophobia (fear of loss of self through organic change) and lyssophobia (fear of loss of self through psychological change). The phobia of "fall out" spreads like bush fires.

Thought transference and ideas of passivity are much more easily concretized by means of technological products. They underwent phases from animal and inorganic magnetism, to electricity and hence to electronic devices. They are returning presently to the non visualizable psychic phenomena which are being studied scientifically and are about to have a new vogue.

Probably the most subtle and significant change, as a result of medical technology, the upgrading of vision, and a radical evolution in faith ideology or religious values, is the attitude to death (18 a-c). It is possible to relate the evolution of one faith ideology: namely Judeo-Christianity, to technological and hence to economic and social changes from pagan and slave Christianity with its total sensory involvement, through feudalistic, capitalistic, puritan and socialistic areas to the present one of religionaless Christianity with large masses of agnosticism and humanism and its highly fragmented sectarian highly visual detachment. Meanwhile death has changed from it being natural to die from birth, accident, disease, the predator, homicide, in battle, to its being natural, according to the Coroner's act, to die only of the most biologically unnatural cause: old age. The span of individual life in the West increased from one ge-

neration (25 years) to three. The total reaction to these parallel changes has been not to regard death as inevitable; to regard visibie life here on earth as the only reality; to want to extend eternity to inmortality on earth; to neo-Egyptian reverence for mumified corpses; and to a reemphasis of the UR-delusion (19) of indestructibility and a veritable panic at the thought of death (organic) or insanity (psychic loss of the self).

Those for whom the tape recorder and the analyst's couch are not universal, the Slavs and South Eastern Europeans still regard the actiologg of psychiatric disorders as concrete and organic. For them abstract notions of psychogenesis are very strongly resisted.

An upgrading of visión in perceptual typology may well have increased voyeurism, the use of girlie magazines and turned pornography peddling into big business. The mystery of prevalent visual hallucinations in the organic psychoses and auditory in the functional psychoses may be related to the fact that the auditory element is tribal and relates to regression to an archaic superego, whereas the visual element is modern and literate and relates only to a toxic or organic distortion or breakdown of things as they are here and now. Certainly electricity turning night into light has forced back the bogeys, the gremlins, the giants, and the liliputians and turned them into other shadows. Man in his waking state by daylight and electric light has used technology to master his environment, science to understand it and art to represent it and like it better. But at night in sleep, as throughout childhood and in old age he is still weak, abandoned, and pursued by the archetypal nightmares of a million years ago whose form, if not inimical intention, has changed. His nocturnal ideation has not caught up with his manual skill or his daylight understanding. Now he goes unarmed into the wild West of Disneyland; he shakes strangers by the hand no longer to prevent them from unsheathing their sword. Instead he dies a thousand deaths no longer because he fails to actively see, hear and sense the danger lurking in the forests, but because, at cocktail parties and while draping the walls at gatherings, he looks to see if he is being looked at; and there is fear of subtle irony, of ridicule, even of criticism in his eyes.

The effects of cultural forms and contents on psychiatric phenomenology are numerous and obvious. It is worth exemplifying two different but very important ones. In a primitive tribal culture homosexuality is as Kinsey imagined it to be, indiscriminately sensuous, polymorphous in

its ritualized deviance. But ultimately its practices become heterosexual and at no time is there much change in psychogender; the man is quite masculine; the woman femenine. Modern western homosexuality, however, is something entirely different. It can only exist in the affluent contiguity of a consumer oriented society flowering in leisure and with art. It is very visual, fragmented, non involving and largely not only non-sensuous but actually non erotic. It is a result of a lamentable breakdown of masculinity and aggression and femeninity and submission (20). The other relationship is even more striking and important. Probably the most significant casual relationship between interpersonal relation and phychiatric phenomena is deprivation: perceptual, social and emotional deprivation.

In the privileged affluence and the longevity of Western countries, the greatest social deprivation is early death and the break up of a home. In such a society this becomes unbearable to the child. It promotes psychological illness. But in the underprivileged it appears to be a bearable norm and is somehow overcome without neuroticism. In the West, emotional deprivation (both overindulgence and lack of loving) causes the most widespread neurotic reaction (21); whereas in the rest of the world the emotional context differs and probably what is felt by the Westerner to be emotional deprivation is not felt in the same way. Finally with the population explosion and the thronging in urban areas, perceptual, especially kinetic and visual deprivation, e.g. by restriction to sameness and early and prolonged restriction of physical activity, is becoming very important in the subtler aetiology of neurotic response. In underdeveloped societies this may differ either may, e.g. a more crowded society will be visually and kinesthetically deprived, though the children are usually allowed to run loose so that this kind of visual and kinesthetic restriction again may not be experienced as deprivation.

However, with the technological sweep of the globe resulting in economic changes and conformity to western standards we may look to the hitherto underprivileged society experiencing vastly increased differential deprivation with the main effects occurring in this order: social deprivation increasing with the increasing longevity of parents while the family is still home centred; then emotional deprivation and eventually perceptual deprivation when thronging, sameness and conformity become too much. These will produce the vast neurotic reactions which have occurred in our society. Japan is perhaps the testing ground for this prediction.

Some of the consequences of validating the heuristic theory.

The technologist is to the scientist what the writer is to the professor of English and the almoner and social worker is to the Professor of the Humanities and the pastoral worker to the Theologian. There is a natural antagonism between them. The former do, the latter study and understand. Thereafter society takes over and reacts both to the technological changes and the scientific understanding morally, ideologically, culturally. As long as man will invent gadgets and science is given and in turn gives impetus and lends understanding to invention, there will be consequent psychosocial change.

The heuristic theory herein expounded seeks to identify, explain and predict these changes.

We saw how a hitherto underdeveloped culture or simply a non visual culture may react to the impact with a visual culture. We spoke of the necessity for time to improve a succession of tools; the need not to skip entirely one vital evolutionary link, one tool in the chain; the time it takes to react responsibly to the ideological accompaniment of the technology, carried by the person of the technologist himself, rather than his skill and product. What are the psychosocial consequences of an accelerated technology upon the visual culture itself?

As Jung pointed out, the mind reacts in contrasting opposites. Having been saturated, bombarded with visual stimuli, images, having become more and more non personal we shall come to peer at the mask, the corporate persona of Big Brother with no face. (see Orwell's "Animal Farm" and "1894"). The reaction to a high definition of visual elements and detachment is searching for low definition and involvement - hence the Beatles, and the Theatre of the Absurd and Modern Art.

Paradoxically an upgrading of the visual element in the perceptual typology, coupled with rapid mass media communication and the nearness which comes from this and from population explosion and togetherness, and the expansion of the time sense, as well as biological time percepts, and the perception of an expanding universe, all these produce isolation, fragmentation and diminished involvement. Hence the dance called aptly "the twist", political disunity, the rise of new nationalism and regionalism, and the existentialist philosophy of meaninglessness, hopelessness, the despairs of the here and now. The pendular reaction from visual fragmentation is a need for total and continual sensory and personal involvement.

Hence the TV thriller series like "The Fugitive" or the medical or family problem series; and the visceral and sensous involvement in "Tom Jones". In art archetypal imagery having swung away from forms of faithful representation to cubist and abstract forms, has now reached the total involvement phase of pop art, bringing visual, tactile, gustatory elements together. Advertising has show this progression from high to low definition. Corn and peas are no longer represented by pictures of corn and peas. They are introduced the corny iconic image of a low definition archetype, the "Green Giant", whose magic produces corn and peas. And Sunday services have reacted to over simplicity and cleancut visual lines with liturgical revival especially on University campuses. One can predict that the tribal "Beatles" with their tactility stimulating shagginess, ritualistic repetitive movements and tribal drums will give way to more and more amorphous ink blots calling for more and more audience participation. The theatre of the absurd and the theatre in the round will give way to music halls with more audience involvement and the TV audience will play more and more games with its panel. The only thing difficult to predict in this reactionary swing is how deep into the totally sensorily and personally involved archetypal primordial mud we must reach before we swing out again into another intersensory ratio.

As to parallel reactions in hitherto underdeveloped cultures, we have noted that bypassing the ideational concommitants of technological revolutions is dynamite. In the absence of the railroad crisscrossing the country, the aeroplane leaves deep pockets of resentment, regionalism and rebellion. Without democracy and Christianity the Africans may turn the world into a blood bath if they had the tools and technical know-how.

Particular attention has to be paid to interfaces or frontiers of culture: Quebec in Canada; Mexico and the USA; the Polynesian Islands; Japan and China. Here the spatio-temporal transition is rapid and reaction explosive.

With a model built on the relationships between technology and culture and a perceptual typology, experiments, prediction and controls may help bring more light in the darkness of the future.

SUMMARY

The author has stated a series of hypotheses evolved at the Centre for Culture and Technology at the University of Toronto which may amount to a heuristic theory of psychosocial change. Its essence is that the evolution of technological products, such as extensions of man change perceptual typology, that is the modes of apprehending the world and oneself. The change in perceptual typology in turn affects social forms and cultural contents inclusive of the psychiatric phenomena. Social and other scientists may test this theory. If workable it has applications to world affairs, particularly at the interface of cultures, in pockets where regionalism, racialism and other - isms fester. One of the uses of this theory may be in predicting changes in countries like Peru so as to soften the blows and render the reactions less violent and regressive. It will also to predict the future changes to be experienced in our own technologically developed cultures.

REFERENCES

1. McLUGAN, MARSHALL: "The Gutemberg Galaxy" University of Toronto Press, Toronto, 1962. — 2. CAPPON, D. & BANKS, R.: "Experiments in Time Perception" To be published in Can. Psychit. Ass. Journal — 3. CAPPON, D. & BANKS, R.: "Orientational Perception" Arch. gen. Psychiatry (1961) 5, 380-392. — 4. CAPPON, D.: "Perceptual Organization in Infancy and Childhood" Can. Psychiat. Ass. J. (1961) 6: 5, 247-251. — 5. CAPPON, D. & BANKS, R.: "Experimental Studies in Depersonalization" Paper delivered at the 16th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, St. Louis, Mo., May 7th, 1963. — 6. CAPPON, D.: "Measurements of Depersonalization" Paper to be delivered at the American Psychiatric and South American Psychiatric Associations joint meeting, Rio de Janeiro, May 1964. — 7. LONDON, IVAN D.: "Research on Sensory Interaction in the Soviet Union" Psychol. Bull., November (1964) 51: 6. — 8. GIBSON, JAMES J.: "Observations on Active Touch" Psychol. Rev., November (1962) 69: 6, 477. -- 9. CAPPON, D., et al: "Relationship of Sensory Deprivation and Bodily Illness to sleep Dreams" — A study of perception as reflected in the dreams of the blind, the paralysed and those suffering from somatic disease. Unpublished paper. — 10 (a). DRUCKER, PETER F.: "Work and Tools", Technology and Culture, I: 1, Winter 1959. — (b). Idem "Modern Technology and Ancient Jobs", Technology and Culture, IV: 3, Summer 1963. — (c). Idem "The Technological Revolution: Notes on the Relationship of Technology, Science and Culture" Technology and Culture, II: 4, Fall 1961. — 11. Personal communication with Prof. MARSHALL McLUHAN. — 12. McLUHAN,

M.: "The Mechanical Bride. Folklore of Industrial Man" Vanguard Press, N.Y., 1951. — 13. McLuhan, M.: "Why the TV child cannot see ahead. Unconscious bias of the Visual Mode: a note on the meaning of mosaic". Lecture to the Centre for Culture and Technology, U of Toronto, 1964. — 14. Cappon, D. & Llewellyn Thomas, E.: "The Effect of some input variables of Typography and Format on reader involvement" Tentative Research Design for Centre of Culture and Technology, University of Toronto. — 15. Cappon, D. & Llewellyn Thomas, E.: "The Effect of Television on Altering the Senseratio Orientation of an Exposed Population" Tentative Research Design for Centre of Culture and Technology, University of Toronto. — 16. Macworth, N.H. & Thomas, Ll. E.: "Head mounted eye marker Camera" J. Optical Soc. of America (1962) 52, 713-716 — 17. Dement, Wm.: "The Effect of Dream Deprivation" Science (1960) 131: 3415, 1705-1707. — 18 (a). Cappon, D.: "Attitudes of and towards the Dying" C.M.A.J., Sept. 29 (1962) 87: 13, 693-700. — (b). Idem "The Dying" The Psychiatric Quarterly, July (1959). — (c). Idem "The Psychology of Dying" Pastoral Psychology, Feb. (1961) 12: 111, 35-45. — 19. Messerman, J.: "Faith, Delusion and Psychotherapy" Am. J. Psychiatry (1953) 110: 5, 324. — 20. Cappon, D.: "Towards an Understanding of Homosexuality" To be published in the Fall of 1964 by Prentice-Hall, Inc. (in the press). — 21. C.ppon, D. & Banks, R.: "Developmental Deprivation and Mental Illness" Child Development (1963) 34, 709-718.



FRAMEWORK OF THERAPY

Por *DANIEL BLAIN*, M. D. *

There is more to the treatment process than meets the eye.

Braceland (1) has fittingly introduced this subject when he said, "The art of medicine is based on the skillful use of human relationships as well as the skillful application of scientific knowledge" and "The understanding and manipulation of social forces is a major ingredient of the art of medicine."

It is increasingly evident that medical therapeutics are associated not only with a specific agent used to combat a particular noxious process, but increasingly with the way the process is carried out. Successful treatment depends, it is now known, on the physician as a person and his confidence in the medication; the doctor-patient relationship; the patient's attitude toward the physician and toward the treatment; and the circumstances, location, timing, and other conditions which are present. The potency of the suggestive element is well-described by Wolf (2) in his discussion of the well-known phenomenon, the placebo effect.

Psychiatric therapy with less available specific techniques is even more susceptible to surrounding circumstances and more dependent upon general influences rather than the specific effect of the treatment itself.

Recognition of these matters provides the opportunity and emphasizes the necessity of positive action to develop a suitable "framework" for

* President of American Psychiatric Association.
Director of Planning and Development of Psychiatric Activities, Pennsylvania Hospital, Philadelphia, Pennsylvania.

therapy. For the purposes of this paper, the word "environment" is not satisfactory as it, to the author at least, implies surrounding conditions with which we must adjust rather than the creation of a suitable surrounding situation. Both are obviously necessary, but the framework is something we can fit to the job.

The primary purpose of this papers is (1) to present a statement of general principles, prepared for the profession and the lay public, of the scientific background of a public psychiatric program, and (2) to name a few of the characteristics of the future "New Look" in American psychiatry as these are emerging as trends throughout the country. The provision of these elements will go far toward creating the framework in which therapeutic activities in the narrow sense can be carried out, and which will hopefully be part of the overall process taken in a larger sense.

A Central Interest in Therapy

Perhaps the purist would argue that efforts related to the healing arts are essentially unjustified dissipations of energy, when compared to the importance of primary prevention. Others would feel that greater emphasis must be placed upon research and teaching. However, there seems little doubt that the traditional response of physicians to the relief of pain, the cure of disease, or its amelioration will continue to be a *major objetive* of the profession, with the approval of the public.

Concern for treatment, rehabilitation, and social restoration of mentally ill and retarded (Zone IV) will be the primary interest of persons trained in the field. These will also offer consultation and appropriate training to persons working in the social milieu for "positive mental health", growth and development (Zone II); and primary prevention in pre-natal and birth situations (Zone I) and the area of relief from intolerable stress (Zone III). (3)

The Earliest Framework

The Pennsylvania Hospital, "the nation's firts", was conceived by several "zealous citizens of Philadelphia" in 1750 who "did charitably consent together and confer with Friends and Acquaiceitances on the best means of relieving the Distressed". In 1751 a charter was granted for the

establishment of "an Hospital for the Reception and Relief of Lunatics: and other Distempered and Sick Poor within this Province." (4)

There was no question in those early days about the atmosphere in which the "lunatics" should be treated. They were part of the medical load. They were treated in a general hospital along with others who needed help. The condition lasted for 80 years although specialized hospitals for mental patients had been started by the states, first at Williamsburg, Virginia in 1773, and by private hospitals such as the Friends Hospital in 1813. About 1830, the Pennsylvania Hospital yielded to the cry of overcrowdedness and demand for separation of the "insane" at a time when half of all patients in this general hospital were, in fact, mental patients. Showing in those early days, the kinds of patients and the (Aid to Totally Dependent (1952) and Kerr-Mills (1959)) although distribution which would ensue if "general hospitals" were in fact fully "general" in their services to their neighborhood and took all who came. The special institution for nervous or mental patients on a farm in West Philadelphia was the beginning of separation and segregation of mental patients out of the general field of medicine as far as the Pennylvania Hospital was concerned.

Though the West Philadelphia branch has prospered and become famous as the Kirkbride Hospital and, with the addition of the Institute in 1928, continued as a leader in American Psychiatry, nevertheless, there is a strong movement to bring together the psychiatric art of the Pennylvania Hospital and the general hospital part into a closely associated single institution.

The states have perpetuated and increased the isolation of both mentally ill and retarded. Now, encouraged by advances in therapy and demonstrated need for social influences and resources, "community psychiatry" has become the focus of interest and attention. This is the general concept which includes most of the trends of a revolution in the field. These, however, have not been accomplished. Entrenched interests still argue for "separate but equal" institutions and believe the old order is here to stay, though they work valiantly for improvement.

The framework of care for mental patients on the statewide scene is paralleled by the exclusion of mental patients (and tuberculous) from benefits of the Social Security Act of August 14, 1935, which states, "The benefits shall not be available to those in institutions, except medical institutions, and except for those in mental institutions or those

with a diagnosis of psychosis or tuberculosis." This language has been repeated in all the amendments to the Social Security Act since that time slightly modified in the Kerr-Mills legislation. It is repeated in the proposed King-Anderson bill. Legal interpretation has brought some relief to these exclusions in the past years.

Encouraging Changes

This part of the national framework in which mental disorders can be treated is overshadowed by the strong Federal leadership and financial appropriations which have developed since the Mental Health Act in 1946 by which the original US$ 3,000,000.00 appropriation to the National Institute of Mental Health has now increased to about US$ 200,000,000.00, leading all of the Institutes of Health. The personal leadership of the late President Kennedy and his family in the improvement of services for mentally retarded has again pushed the Federal picture in the direction of meeting these hitherto neglected fields.

Public sentiment and support for treatment of mental patients as opposed to custodial rare has moved ahead rapidly since World War II as state governments have increased appropriations and support. County governments have recently joined state government in many states to create mental health programs, locally administered. Professional organizations related to the field, notably the APA, have remarkably increased their membership and strength. The AMA has entered the field and is publicly committed to bring the medical profession, individually or as an organization, into strong support of better treatment and overall coverage. And parallel to this, citizen's groups and the public media have brought mental health into the forefront of the public conscience. An important obstacle, however, lies in shortages of manpower and finances. It is said we cannot deliver to the people more than half of what we know, or put in another way, treatment is available to no more than half of the people.

The movement of public interest from "care" to therapy, rehabilitation, and to resocialization is most encouraging.

A serious obstacle to the national scene is the growing number of persons who are exhibiting suspicion, indulging in unfounded criticism, and accusations of fraud, illegal detention, communist connections, and complete misunderstanding of the whole mental health fied.

Confusion of the Public

Stimulated by the wonder drugs in general medicine (antibiotics) many in the field of psychiatry and the public are seeking and demanding specific therapeutic agents. The advent of the tranquilizers and energizers has reinforced this trend and the numbers of new but different drugs appearing on the market is perhaps the best evidence that those available have not lived up to expectations, though it is a matter of gratification that much relief has been given and the therapeutic milieu is improved.

There are those whose entire reliance is on chemotherapy while others have placed all their reliance on convulsive shock methods. The results are described by Predes (5) and his associates: "The current scene... affords the detached observer with a view of astonishing complexity, activity and confusion. The public is titillated with report of remarkable new wonder drugs, tantalized with the promised milenium... and troubled with the growing realization that to spite improvements, mental hospitals trates the illusion of therapeutic specificity... The performance of any are still busy, and tranquility is not yet the general state of man". Wagner, R. W (6) and his associates comment, "It (chemotherapy) perpetreatment procedure always will tend to imply such a promise (that the causes and pathology are understood). Gradual recognition of the absence of such knowledge tends to create further disillusionment of the public, interfering with their willingness to accept whatever treatments are in fact proved useful".

On the other hand, those who abhor the use of chemo - and physical therapy, tend to rely completely on the potential of the therapeutic interview which if used alone is found wanting in terms of adequate support and leaves the patient at the mercy of the remaining hours in a day or week. These reach an extreme in those who rely wholly on depth psychotherapy with a refusal to depart from a completely neutral attitude concerning the various circumstances which surround the patient. Hielbrunn (7) discussing the disappointing results reported, issues the warn- from spontaneous remission, but does not detract from the healing power ing. "The long duration of illness prior to treatment exempts these results of time and fortuitous circumstances enjoined by the catalytic function of the treatment process". (The point is made that the results of therapy frequently do not come up to expectations and the implication here is that these would be markedly improved if broader utilization of surrounding

influences were utilized.) He continues, "The intellectual and affective and ethical forces of this process still depend on the intuitive deployment by the therapist who should not be isolated, apriori".

The failure to have applied the social forces and specific approaches called for by individual needs is frecuently increased by the special interest of certain practitioners who are devoted to a specific technique, whether it be drugs, electro-convulsive therapy, or psychotherapy. Such persons are likely to utilize their own special techniques on all patients referred to them, even though the approach may not be suitable. This is testimony of the value of the "general psychiatrist" in addition to his special value as a consultant. Others join in with this analyst who says that at times the concern over a rigid technique can do more harm than the liberal experimental approach might do good. "Drugs", Hielbrunn further advises, "and electronics will perhaps accelerate the treatment pace and place the analyst in a promising research position and brighten pessimistic cynical prognoses".

Framework Applications

Masserman (8) pointed out that anxiety in man centers around three major concerns: 1— physical integrity, 2— social integration, 3— whether he may be nothing more than a "cosmic triviality". These point to the importance of the framework in which psychotherapy for anxiety must be carried out.

The framework of therapy obviously includes the physician who must prescribe larger and larger doses of (Balint) (9) himself. The ability of the physician to give of himself, and to empathize with his patients, may be built into his general personality structure and be difficult to alter. This may, perhaps, play a part in the type of person who enters the field of medicine and his relative success in various specialities of medicine. It has been reported by Parker (10) that medical students of the "authoritative type" and those of the "non-authoritative type" exhibit major differences in their choice of specialties. The latter, for example, are more likely to plan to go into pediatrics, psychiatry and public health.

The place and the atmosphere in which therapy is given is increasingly important. Advances in technique and organization of services now permit hospitals to improve their adminstration and release performance, and the milieu in which their patients live. Use of out-patient clinics and

doctor's offices now include the sicker and more disturbed so that the hospital is less and less the only resource. The *day hospital* as an alternative to hospitalization is reported glowingly by Moore and Bolling, (11) Greenblatt and his associates, (12) and the Departament of Mental Hygiene in California; while Rafferty (13) and Robinson (14) testify to superior results with pre-psychotic and autistic and delinquent youngsters and those defective in ego strength and object relationships.

The advantages of earlier and "on the job" treatment have been demostrated most effectively in the front line stations in the Korean War. (Glass) (15)

Current knowledge of both etiologies and therapeutic agents suggest that the greatest dependence will be placed on concepts of multiple causation and multiple curative factors. Appel (16) in defining psychotherapy stresses the necessity for providing purposeful experience for personality growth. The concept of maturity is usually in the sense of adequate adjustment in human relationships. Confirmation on the theoretical side of the importance of the framework lies in the problems of therapy with blind persons who have been deprived of a chance to develop a body image (Myron) (17).

Public Planning and Programming

Individual and group private practice, the operation of private clinics, hospitals, residential and other treatment programs, as well as those under broad public authority, are subject at this time to intensive scrutiny and planning.

Participation of the private practitioner in assisting in provision of services is more and more accepted by large numbers of psychiatrists throughout the nation. It has been pointed out and received with growing acceptance that if the present overall framework of therapy, that is the traditional state system, separation of rich and poor, and neglect of many, is to be altered, and in its place substitute more local homegrown treatment facilities, it mill be necessary for members of the profession to go even further in their current interest in public programs and agencies and to accept some responsability for "the other half", those who do not customarily como to their offices for treatment.

The expansion of private and public services (governmental and non governmental) will depend on the development of a well-informed

and motivated public who will support the development of services that are needed and will make use of them. To this end, there is needed, (1) an understanding of the scientific reasons behind a program, and (2) characteristics of the kind of program that will satisfy the scientific guide lines.

The following principles are offered to the nation as worthy of consideration and as a basis for further analysis, clasification, and elaboration. They are the result of careful preparation by a team of trained mental health personnel and were accepted by task forces which represented a true cross section of the responsible citizens of one state. The language is non-technical and the risk of oversimplification is acknowledged.

PRINCIPLES FOR MENTAL HEALTH PROGRAM PLANNING (18)

Stress

Psychiatric disorder may be thought of as reflecting an individual's inability to cope with stress. Conversely, mental health is manifested by the ability of the individual to cope with life's stresses, external and internal. The symptoms of mental and emotional disorder are expressions of person's attempts to deal with stress. While mental disturbance and deficiency are not related solely to stress, it is a useful concept for mental health program planning, to think in terms of stress and disequilibrium in the face of stress.

Basic Goal

In these terms, the basic goal of mental health programs is the development, maintenance, and restoration of social and personal equilibrium despite emotional stress.

Practical Limitations

Established goals should be reasonably possible to atttain. Even though planning may be for a decade ahead, the stated objectives should be limited to conform to the knowledge and resources available in relation to the problem at hand. Therefore, while well-being and recovery are

desirable whenever possible, the primary aim of programs planned at this time should be limited to assisting individuals in their release from or adjustment to stress and the restoration to a *reasonable operating level* of persons mentally incapacitated. The broad aim for the next several years cannot be general and complete emotional well-being and happiness, nor can it be complete cure. The problem at had is large and the resources of knowledge and skilled manpower limited; this must be realized in the planning.

Disease Exists in a Culture

No state of disequilibrium exists in a vacuum; no problems of health or disease exist in isolation. Mental health depends on more than one factor-on physical, biological, social, economic, and other factors. Hence, for a thorough understanding of a person's mental health or deficiency, the person must be understood as a social, psychological and biological member of a family and a community. Disequilibrium in an individual threatens the equlibrium of the family and the community.

Availability of Range of Psychiatric Services

There is a range of psychiatric services, direct and indirect, corresponding to the variety of needs. Included are services to patients, to their families, and to agencies that intervene at times of stress. An adequate program of mental health services requires that the whole gamut of psychiatric services be available. "Available" means that the services exist and are physically and financially accessible to individuals and agencies needing them.

Local Availability

As part of such availability, psychiatric services should be obtainable within the living radius of the recipient. Past practice often isolated the psychiatric patient from his family and friends, his job, and his community. Disruption of normal ties seriously interferes with the process of restoring health. To provide minimum dislocation, mental health services are necessary; if a service cannot be purchased, it is not available.

Problem Identification

In coping with psychiatric problems, the problem should be identified and delineated from the concomitant problems affecting the individual, his family, and his community. Only in this way can treatment be chosen which is specifically suited to the problem; and the skill which is applied *should* be suited to the problem. Only in this way can help for the psychiatric component be selected with precision. Indeed the intervention, treatment, or otherwise, should be suited to the clearly identified problem.

Generic Services

When needs can be met by general health, welfare, education, etc., programs or services, rather than by specialized psychiatric services, this should be done. Whenever generic services *can* adequately meet the identified needs, they are to be preferred over more specialized services.

Importance of Basic Services

In an individual's normal development, sound health, education, recreation, and similar programs are important in the promotion and conservation of mental health; in the event of mental disorder, they are important in treatment and rehabilitation. In addition, those engaged in providing the basic services are in most frequent contact with persons under abnormal stress and usually see them first. It is, therefore, important that they understand the mental health implications in the management of stress situations and have access to specialized assistance. Their absence may contributed to a vulnerability to stress.

Psychiatric Treatment

Psychiatric treatment should be provided:
—as early as possible;
—with as much continuity as possible;
—with as little dislocation as possible, and
—with as much social restoration as possible.

Basic Program

The elements required to implement a mental health program include manpower, knowledge, skill, and physical facilities.

Goal Centered Subject to Measurement, Economical, and Efficient

Mental health programs, as other programs, should be based on clearly stated objetives and defined needs. This is necessary for effective channeling of resources, it aids public understanding, and is an essential ingredient of any effort to measure program efficiency. Provision for measurement in terms of effectiveness and economy should be routinely built into every mental health program. Programs should be needed, feasible, and as economic as is consistent with efficiency.

Public Responsibility

Many persons, including those who pay the cost, are affected by mental health services. They, therefore, have an interest in mental health planning and should have a voice in determinations that are made. While many decisions are technical, based on clinical evidence, others are not. Mental health programs can and should be responsive to the needs and wishes of those affected; their develoment is not the sole province of those administering the activities. To achieve such responsiveness, suitable participation in planning and evaluation is a requisite.

Characterstics of the New Approach Community Psychiatry

These are some of the movements that have emerged in various parts of the country. They are definitely established trends and should be built into the framework of public and private treatment services of the future.

1. *Adequate treatment will be made available (McNeel's Ideal)*

a. As early as possible
b. As continuously as possible
c. With as little dislocation as possible
d. With as much social restoration as possible

2. *Dislocation will be avoided (geographical and psychological).* Treatment will be

a. on the job
b. when that is impossible, he will remain at home
c. where that is impossible, he will remain in the community
d. when that is impossible, he will retain his social ties with the community

3. *Less hospitalization will be needed.* Length of time in hospital can be further decreased. The needs of more patients can be met at home, in doctor's offices, clinics, day services with expanded emergency services in the home, visiting nurses, and social welfare. *Therefore, facilities for residential care will be concerned with acute treatment services primarily.*

4. *Classification of patients from the point of view of supervisión, liaison* and social needs as well as diagnosis and treatment will allom many now in large hospitals to go to smaller local programs and utilize a variety of small private agencies, homes, medical and non-medical institutions, dividing the load and helping the economy as well as the patients as more people are utilized and individual needs better met. Expenses would be reduced, as medically equipped and staffed hospitals would become 100% hospital and less places of custodial care.

5. *Social forces will be utilized far more than now,* in both early treatment and rehabilitation; therefore, contact with people, suitable milieu, "therapeutic community", "open door", association with public schools, public recreation, art, retraining and occupations, and social adjustments will be emphasized and the use of facilities already in the community.

6. *Continuity of treatment will be the rule, not continuity of residence.* A general hospital can take chronic patients for a few days, varying residential needs can be met by various kinds of living quarters with treatment available nearby. Residence may change as needs of patients change. Treatment can be taken into the home.

7. *Services for indigent and less fortunate financially* are continual-

ly being improved. As more employed persons receive benefits, those including psychiatric treatment will be increased. Many welfare benefits go to individuals who can choose their doctor or place of treatment. Therefore, there will be demands for low cost facilities. The increase in facilities should come from voluntary and private agencies.

8. *Payment for services will come from multiple sources*: personal, insurance, labor benefits, contracts, taxes, monies. There should be exploration and special study of multiple sources for budget support.

9. *More dependency on the voluntary and non-government sector of* society, which will have added opportunity to accept responsibility for needed services. Multiple and various resources in local communities shall be patronized as a shift is made in the traditional mental health services operated by the state. With increases in personal assets by insurance and in other ways people will choose their places for treatment-physicians, offices, an other private institutions will be utilized by many who now are restricted to public institutions. Hard put public programs in states and cities will contract with available voluntary beds, out-patient and home services. There should be increased private mental hospitals, as well as units in general hospital, nursing homes, private day centers. ,

10. *Many more general medical and non-medical facilities will be utilized in the mental health program.* All hospitals in a given area will be encouraged to develop psychiatric out-patient clinics and perhaps in-service units. General welfare agencies will be encouraged to organize their efforts, so that intolerable stress will be met before normal emotional reactions become a true mental illness or breakdown in mental health of the individual. There should be a closer relationship between family agencies and the clinics.

11. *The entire medical profession will accept more responsibility* for mental conditions referring to psychiatrists fewer of less severe cases and doing a better job with those who are already under their care. This will call for enlistment of all doctors in the area in the program, and furnishing of training, consultations, and advice, and making available to medical students opportunities in field work in social psychiatry. There will be more doctors and more medical schools. The practice of medicine will change to meet new socio-economic conditions.

12. *Professional training for all mental health personnel* will be a part of all service units,as well as their usual field studies for persons whose major training is located elsewhere. Formal and informal training opportunities should be worked into the schedules of patients and staff. A comprehensive mental health center should have an obligation to furnish personnel to area and state.

13. *Closer association with public and private welfare personnel*: public health officers and nurses will emerge as a pattern of cooperation in assisting growth and development, early detection of cases, separating stress situations before psychiatric needs are developed. Housing of a city health department program on the grounds of a privately operated mental health center would be a step in the right direction.

14. *There will be greater utilization of non-medical personnel* such as ministers, lawyers, teachers, police, judiciary, supervising persons, big brothers, father figures. This calls for orientation and training of these groups to develop their "maximum mental health potential" - possibly through public information efforts and direct training program. A special study of "mental health potential" for various groups is needed.

15. *More and more less trained personnel will be made useful.* General assets such as helpful attitudes and skills in handling non-medical needs of patients, on the job training, high motivation are emerging as important assets in untrained persons. A broad training program for various levels of help will do much to relieve the manpower shortage.

16. *Programs emphasizing services would also be alert to opportunities* for clinical and operational research. This would concern methods of reporting, the records, and a built in evaluation system. This keeps staff alert, improves treatment, advances scientific knowledge and with more efficiency should reduce costs and improve budget processes.

17. *More private and semi-private patients will be utilized* for teaching and research. This will encourage clinical research in many private institutions and doctor's offices.

18. *Mental health services of various kinds* will be concentrated on

a single campus or those in an area organized in such a way as to overcome the disadvantage of distance while avoiding the unnecessary replacement or relocation of already existing services. Of most importance is easy access and egress between residential and non-residential services. Special categories of patients such as retarded, alcoholics, small children, aged will have more attention than in the past. Cooperation between treatment centers to avoid overlap and divide the responsibilities should be worked out. The center, however, should be responsible for leadership and organization of these resources as well as actively developing new resources apart from its own.

19. *Constant attention to the field of primary prevention* must be a part of the conscious efforts and framework for all mental health programs, especially the presence of suitable activities in prenatal period, in the normal social milieu, and associated with those subject to unusual stress.

This is Community Psychiatry - The framework on which it is based.

It is obvious that therapy must be optimal mixture of applied technical devices and the utilization of the best possible framework.

I am indebted to Ralph T. Collins (20) in his article "Occupational Psychiatry is also Social Psychiatry" in reminding me of a classic example of the theme that one's technical operations are at work in a far wider framework. Some times the framework is the more inept.

"But you were always a good man of business, Jacob", faltered Scrooge.

"Business", replied the ghost, wringing his hands, "mankind was my business, charity, mercy, forebearance, and benevolence were all my business. The dealings of my trade were but a drop of water in the comprehensive ocean of my business". - Charles Dickens, The Christmas Carol.

REFERENCES

1. BRACELAND, F., The Art of Psychotherapy, Current Psychiatric Therapies, III, 3, p. 1-2, Grune and Stratton, 1963. — 2. WOLF, S., The Pharmacology of Placebo, Pharmacological Reviews, II: 689-704, 1959. — 3. BLAIN, DANIEL, M.D., Zonal Delimitation of Psychiatric Services, American Journal of Psychiatry, 13: 2, August 1956. — 4. Pennsylvania Hospital History. Some Account of the Pennsyl-

vania Hospital, Benjamin Franklin, Franklin and Hall, 1754. — 5. PREDES, M.D., JOHN H. GOGERTY, PH. D., L.J. WEST, M.D., Psychopharmacology, Current Psychiatric Therapies, I: 84, Grune and Stratton, 1961. — 6. WAGNER, R.W., M.D., DONALD J. HOLMES, M.D., Drugs and Psychotherapy, Current Psychiatric Therapies, I: 86, 1961. — 7. HEILBRUNN, CURT, M.D., Advances in Psychoanalytic Therapy, Current Psychiatric Therapies, I: 19, 1962. — 8. MASSERMAN, JULES, M.D., Current Psychiatric Therapies, I: 216-218, 1961. — 9. MICHAEL BALINT, The Doctor, His Patient, and the Illness, International University Press, 1957. — 10. SEYMORE PARKER, PH. D., Attitudes of Medical Students towards their patients, Journal of Med. Educ. — 11. MOORE, R.F., M.D., BOLLING, LEONORE, M.D., Alternatives to Hospitalization, Current Psychiatric Therapies, I: 17, 1961. — 12. GREENBLATT, MILTON, M.D., MORR, R.F., M.D., ALBERT, R.S., M.D , SOLOMON MIADA, B.A., B.S., The Prevention of Hospitalization, Grune and Stratton, N.Y., 1963. — 13. RAFFERTY, F.T., Day Treatment of Adolescents, Current Psychiatric Therapies, I: 43, 1961. — 14. ROBINSON, J. FRANKLIN, The Present Status of Child Psychiatry, Current Psychiatric Therapies, I: 28, 1961. — 15. GLASS, A.J., Psychiatry in Korean Campaign, U.S. Armed Forced Med. Jr., 10-11, 1953. — 16. KENNETH E. APPEL, M.D., Principles and Practice of Psychotherapy, American J. of Psychiatry, 15: 2, 1955. — 17. CHARLES MYRON, M.D., Two Worlds, the Sighted and the Blind, Current Psychiatric Therapies II: 115, 1962.



EL TEMOR A LA VAGINA DENTADA EN DOS LEYENDAS AMERICANAS

(Fragmento de "La Creación y el Nacimiento en la Mitología Aborígen Americana")

SERGIO ZAPATA y *ELIAS IZAGUIRRE* *

INTRODUCCION

Este estudio preliminar corresponde a la primera parte de un trabajo que sobre los mitos y leyendas de nuestra América Aborigen tenemos en preparación.

La intención que anima nuestro estudio se nutre en la convicción de que una de las fuentes más auténticas para aprehender el alma aborigen y dialogar con ella es la leyenda y el mito.

Pocas preocupaciones de alma primitiva serán más fuertes que la angustia por conocer los orígenes y la creación de los seres. Pocos estudios serán más sugestivos e importantes que los dedicados a hurgar en las primigenias concepciones acerca del nacimiento de los mundos, de los hombres y de las cosas.

La primera aproximación sistemática en este análisis nos ha conducido a distinguir diversos grupos de relatos míticos que apuntan a núcleos orales, anales, fálicos y genitales, en su intento de explicarnos el nacimiento de los seres.

Así, creemos poder encontrar enriquecida la proyección individual

* Profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Departamento de Ciencias Psicológicas.

psicológica de la génesis y desarrollo humano en una amplia dimensión cultural.

CONCEPTOS GENERALES

Es frecuente encontrar en el análisis de pacientes neuróticos temor y angustia frente a la mujer. Este es un problema que se plantea en la psicoterapia con cierta constancia en personas que adolecen de Impotencia Sexual Psicógena (Impotentia Coeundi).

La angustia ante la mujer se exacerba cuando enfrenta una situación erótica y se hace impostergable una definición sexual. El sujeto transpira, tiembla, intenta evadir la situación y, a menudo, su "perfomance" concluye en un rotundo fracaso que lo obliga, las más de las veces, a dar explicaciones más o menos pintorescas a su pareja.

En la dinámica de la Impotencia Psicógena juega un papel importante el Conflicto de Mutilación (1) que obliga al Yo a recurrir a la Conversión como mecanismo defensivo. El temor a la mutilación o castración por sentimientos de culpa de filiación edípica, cuyo trasfondo revelaría problemática del nivel oral, cristaliza en el neurótico en el síntoma conversivo cuando la aproximación sexual reviste una de esas dos fantasías:

A. La relación sexual es peligrosa porque significa una actividad incestuosa.
B. La relación sexual es peligrosa porque la mujer intenta quedarse con el pene, castrándolo con su vagina dentata.

Estas fantasías de nivel edípico evidente probablemente se originan en una fantasía más primitiva correspondiente a las primeras relaciones del niño con la madre.

Otto Rank ha encontrado fantasías del nivel fálico en algunos de sus pacientes. En realidad, la total fantasía puede ser explicada de la siguiente manera: la mujer es mala, quiere esclavizar psíquicamente al hombre privándole de su libertad y físicamente, por el anhelo que ella tiene de recuperar imaginariamente el pene perdido, despojarlo del órgano viril, lo que podría lograr con una vagina dotada de dientes. La relación miembro viril-vagina dentada, del nivel fálico, no sería más que una nueva versión de la relación primitiva boca-pecho materno del nivel oral.

Para Ferenczi la reacción del neurótico ante esta situación fantasea-

da es lógica. Mientras que el hombre psíquicamente sano confía despreocupadamente a la vagina femenina su genital, o sea el símbolo de su Yo, en cambio el neurótico retrocede temeroso ante esta situación de peligro, retirada que se materializa ya en una erección fracasada, ya en una eyaculación precoz.

La concepción psicoanalítica de la vagina dentada podrá parecer a algunos una elaboración fantástica, sin base alguna en la realidad psíquica. Tiene efectivamente todos los visos de una simple fantasía con escasas aspiraciones para una demostración satisfactoria.

Sin embargo, y esta fue nuestra sorpresa, lo que sólo tenía formulación en la mente de los neuróticos, apareció como una demostración indiscutible en relatos folklóricos y en la mitología de pueblos no pertenecientes a la cultura occidental.

Autores. como ERICH FROMM y ERIHC NEUMAN expican la angustia ante lo femenino recurriendo al concepto de la Madre Urobórica de la Fase Matriarcal. En otros términos, el hombre tiene temor a la mujer como una repercusión del temor del lactante frente a la Madre Terrible que no da seguridad y que impide en forma absorbente su maduración e independencia.

ERIHC NEUMAN elabora toda una concepción airededor de la figura arquetípica de la Madre Urobórica, "La Grande y Terrible Madre", la que posee mitológicamente rasgos femeninos y masculinos.

Plantea que la evolución psicológica del hombre se inicia en su relación originaria con la madre. Esto significa que el niño en su primer año de vida vive psíquicamente "en" su madre, como vivía físicamente antes de nacer.

Sólo después del primer año dispone al ser humano de un relativo desarrollo que le permite cierta autonomía e independencia.

La experiencia arquetípica en la cual el lactante está ligado a la madre en una situación fundamental de seguridad, constituye una fase perfectamente definida que es la fase Matriarcal. A esta sigue la fase Patriarcal como un desarrollo del Yo. En tanto que la fase Matriarcal el niño es naturaleza, en la fase Patriarcal ha de realizar su posterior adaptación a la comunidad.

Luego, la Transición Arquetípica es un paso obligado en la evolución del Yo en que el niño se hace hombre.

El temor a la vagina dentada, creemos, es antecedido por el temor a la mujer, concebida como un ser peligroso. Decimos esto porque en nu-

merosos mitos y leyendas la mujer aparece como elemento dominante en la cultura y el matriarcado como institución social impuesta primariamente.

El "leit motiv" de estos relatos mitológicos es justamente la lucha dramática del hombre por sojuzgar a la mujer y establecer el sistema patriarcal.

EL MATRIMONIO EN LA MITOLOGIA NO AMERICANA

Ejemplos claros de estas concepciones son los siguientes:

1.—En el templo de Kali, en Calcuta, el objeto de la adoración Sakta, es la esposa de Siva, que es Jaganmata, madre del mundo, con atributos benignos y malignos. Es adorada como la diosa del terror, que en su manifestación más destructora es Kali, la desnuda diosa de cuatro brazos que devora a sus hijos.

En los textos de Tantra, ella nada en un mar de sangre, bebiendo en una calavera el jugo vital de las criaturas que ella misma dió vida. Es adorada y temida. Es la hermosa y la horrible, dá la vida y la quita.

2.—Nos referimos luego al Mito Babilónico de la Creación (Enuma Elich). Este mito nos habla de la victoriosa rebelión de los dioses masculinos contra Tiamat, la Gran Madre que gobernaba el Universo. Formaron una alianza contra ella y escogieron a Marduk como su líder en esta lucha. Después de un terrible combate, Tiamat es muerta y de su cuerpo fueron hechos el cielo y la tierra y Marduk manda como Dios Supremo.

Sin embargo, antes de que Marduk fuera escogido como líder tuvo que demostrar que él también era capaz de crear y aniquilar con el sólo poder de su palabra. ERICH FROMM, quien analiza este mito, nos dice lo siguiente: "Con toda claridad el Mito Babilónico se refiere al conflicto entre los principios matriarcales y patriarcales de la organización social. El poder de la Gran Madre es desafiado por los hijos varones. Pero ¿Cómo pueden vencer si son inferiores a la mujer en un aspecto esencial?. Las mujeres tienen el don de la creación natural; ellas pueden tener hijos. Los hombres son estériles en este aspecto.

"Completamente en contraste con la concepción de FREUD de que la "envidia por el pene" es un fenómeno natural en la constitución psicológica de la mujer, hay también buenas razones para pensar que, antes que

la supremacía masculina se estableciera, hubo una "envidia por el embarazo" en el hombre, la cual puede ser encontrada aún en numerosos casos. Para vencer a la madre, el varón debía probar que no es inferior, que él tiene el don de producir, desde que él no puede crear con la matriz, debía crear de otro modo. El produce con su palabra y su pensamiento. Esto es entonces el significado de la prueba: Marduk puede vencer a Tiamat sólo si él prueba que es capaz de crear. La prueba nos muestra el profundo antagonismo entre el hombre y la mujer el cual es la base de la lucha entre Tiamat y Marduk y, en último análisis, la lucha entre ambos sexos. Con la victoria de Marduk se afirma la supremacía del varón; la natural capacidad productiva de la mujer es desvalorizada y el hombre comienza su dominación basado en su habilidad para producir con la fuerza de su pensamiento, una forma de producción que yace en el desarrollo de la civilización humana.

El Mito Bíblico comienza cuando el Mito Babilónico termina. La supremacía del Dios masculino se establece y, sólo con dificultad, puede encontrarse algún rasgo del período matriarcal.

La prueba de Marduk ha llegado a ser el principal tema de la historia bíblica de la Creación. Dios crea el mundo con su palabra; la mujer y su poder creativo no son ya necesarios. Aún el natural curso de los acontecimientos, en que la mujer engendra al hombre, es revertido. Eva nace de la costilla de Adán (Como Atenea de la cabeza de Zeus). La eliminación de cada recuerdo de la supremacía matriarcal no es, sin embargo, completa. En la figura de Eva vemos que la mujer es superior al varón, ella toma la iniciativa para comer del fruto prohibido, no consulta con Adán. Es solamente después de la caída cuando la dominación se establece. Dios dice a Eva: "Y el deseo será de tu esposo y él gobernará sobre tí". Es completamente obvio que este asentar la dominación del varón indica que hubo una situación previa en la cual él no gobernaba."

3.—En el antiguo poema épico alemán de los Nibelungos tenemos otro excelente ejemplo de la lucha de los sexos por la supremacía. El rey Gunter oyó contar la historia de una reina altiva y orgullosa que vivía en Islandia y cuya mano ningún hombre había podido obtener. Era la reina tan vigorosa y ágil que, según la fama, nadie era capaz de arrojar una barra o una piedra como ella. Cada vez que se presentaba un pretendiente se le obligaba a competir y si era vencido se le condenaba a muerte. Gunter confió a Sigfrido su deseo de conseguir por esposa a la orgullosa reina y le pidió consejo. Sigfrido acompañó a

Gunter hasta el país de Brunilda y al saber ésta las intenciones de Gunter le desafió a las pruebas acostumbradas. Había que arrojar primero una enorme lanza; pero, inmpresionado por las dificultades de la prueba, perdió el ánimo. Sigfrido, el hombre más fuerte del mundo, vino en su ayuda y usando el manto mágico, logró vencer a la poderosa Brunilda quien consintió a tomar por esposo a Gunter.

Habiendo descubierto Brunilda poco después que su esposo no era, en realidad, bastante vigoroso para vencerla, le trató con desprecio rechazándole del lecho nupcial y haciéndole sufrir humillaciones. El rey confió a Sigfrido su desgracia y éste, nuevamente con el auxilio del manto mágico, luchó cuerpo a cuerpo con Brunilda haciéndose pasar por Gunter hasta que la venció y entonces ella, creyendo que su marido era el más fuerte de los dos, consintió en ser su fiel y obediente esposa.

Es evidente que en este relato la contienda entre la poderosa reina Brunilda y el débil rey Gunter, representan no sólo la dramática lucha entre ambos sexos sino que pasa a simbolizar el desesperado afán del hombre por superar el dominio matriarcal, lo cual consigue gracias a la intervención de fuerzas mágicas. En este caso Sigfrido el hombre más fuerte del mundo es un símbolo patriarcal y una de las manifestaciones del Padre Urobórico, similar a la Gran Madre, que puede ayudar o dificultar el desarrollo del Yo.

EL MATRIARCADO EN LAS LEYENDAS ABORIGENES AMERICANAS

Continuando con esta línea de pensamiento ahora mostraremos el mismo problema pero ya en una leyenda sudamericana. Se trata de la leyenda del Jurupari, leyenda extendida por los ríos Uaupés. Río Branco, río Madeira, río Trapajos, etc. (Brasil), que dice así:

1.—"El Jurupari es el legislador, el hijo de la virgen, concebido sin cópula, por la virtud del zumo de la cucura del monte, y vino mandado por el sol para reformar las costumbres de la tierra, a fin de poder encontrar en ella una mujer perfecta con que el Sol pudiese casarse. Cuando el Jurupari apareció sobre la tierra, las mujeres dominaban, ellas representaban el llamado sexo fuerte. El enviado del Sol no encontró justo ese dominio. Causóle esto mucho fastidio y transfirió el poder a las manos de los hombres, seguro como estaba de que las cosas hasta ese mo-

mento iban contra las leyes del Sol. Para que los hombres aprendiesen a ser independientes de las mujeres, instituyó grandes fiestas en que sólo ellos podían tomar parte y secretos que sólo de ellos debían ser conocidos. Las mujeres que quebrantasen tales reglas debían morir. Y en obediencia de esta ley murió Ceuci, la propia madre del legislador. Los usos, leyes, costumbres y preceptos que el héroe solar esparció en su misión por la tierra son aún hoy profesados y escrupulosamente mantenidos por varias tribus de la cuenca del Amazonas (tribus tupis)."

Este sencillo relato muestra con claridad meridiana el cambio radical que sufren estas comunidades primitivas pasando de la hegemonía femenina, en la organización tribal, directamente a la hegemonía masculina. La cruenta lucha y la magnitud del conflicto están representados en esta leyenda por la intervención de símbolos básicos en las teogonías selváticas: El Sol, el enviado del sol o héroe solar, la madre del héroe. Aún más, la madre del héroe muere por haber transgredido los preceptos establecidos por el sol, supremo símbolo masculino. En último análisis, esta leyenda se puede superponer a la leyenda babilónica de la Creación en que Marduk destruye a la Madre Todopoderosa.

2.—Entre los indios Pawnee de los Estados Unidos existe una leyenda con un tema similar y en que todo concluye con el dominio sexual del hambre. Es la siguiente:

"Muy lejos habitaba una hermosa muchacha por la que muchos hombres habían perdido la vida. Un muchacho decide conquistarla y se prepara con ayunos. El sol, deseoso de ayudarle, le da arcos y flechas y le dice que esa muchacha es hija de la estrella vespertina. El muchacho es sometido a muchas pruebas, vence animales feroces, salva profundos abismos, etc. Pero para conquistar defintivamente a la muchacha se le exige que lleve una cuna. Lo hace y los cuatro viejos de la tribu los declaran luego marido y mujer".

En esta leyenda, el pretendiente, para lograr su objetivo, que es la conquista de la doncella, debe pasar pruebas difíciles que demuestren su fuerza y su valor. El tema, que es frecuente entre los relatos de los Pawnee, se hace más complejo con la inclusión del subtema de la Vagina dentada, tal como aparece en la primera de las dos leyendas americanas que pasamos a exponer.

LA VAGINA DENTADA EN DOS LEYENDAS ABORIGENES

Leyenda Nº 1.—"*De cómo la hija de la Estrella Vespertina fué vencida*".

Tribu: Pawnee (EE.U.U.)

"Había en el Este una aldea cerca de un río. Los dioses del cielo bajaron a la tierra y, ayudados por sus animales, construyeron una mansión en que la hija de la Estrella Vespertina debía mandar. La Estrella de la tarde solía mandar a sus cuatros dioses a vigilar a su hija quién poseía el fardo sagrado. La Estrella de la Tarde, esposa de la Estrella Matutina guardaba los instrumentos sagrados de medicina en el fardo además de la maza de guerra. En la mansión construída en la tierra residían los dioses y ocupaban sus puestos como lo hacían en los cielos.

Deseando la Estrella Vespertina que las mujeres fueran superiores a los hombres, envió a su hija a matar a todos los jóvenes. Las gentes de la aldea del Este a menudo trataban de visitar la mansión del Oeste con el deseo de desposar a la hija de la Estrella Vespertina pero siempre perecían en la empresa.

Sucedió que un pobre muchacho, que estaba ayunando, fué visitado por un extraño personaje todo pintado de rojo, con botas y adornado con plumas y cueros cabelludos. El personaje le dá al muchacho una clava de guerra y lo instruye acerca de como dominar a la doncella. El muchacho regresa a su aldea y le pide a un anciano que le conduzca hasta la mansión del Oeste. Después de muchas aventuras se le advierte que, para ser aceptado como esposo de la muchacha, debe conseguir diversos objetos para niños, entre otros una cuna. En estas tareas es ayudado por la Estrella Matutina, pero a pesar de que consigue todo lo que se le pide no logra ser aceptado. La Estrella matutina le proporciona entonces arco y flechas con lo que mata búfalos, gatos salvajes, etc. A la noche siguiente el muchacho intenta entrar a la tienda (tipi) de la doncella; encuentra serpientes las que aplasta con los mocasines de la Estrella de la Mañana. En la segunda noche intenta entrar y encuentra dos osos que también mata. La tercera noche mata unas panteras, gatos salvajes y coyotes. Otra noche entra al "tipi" de la muchacha pero ella le rechaza abiertamente. El joven llora entonces, desconsolado hasta que la Estrella de la Mañana, apiadándose de él, le dá un *afilado pedernal* y le indica lo que debe hacer.

La Estrella Matutina le dijo: "Muchacho, ya estas próximo a alcanzar el lecho de la doncella. Tú has matado toda clase de animales salvajes pero, en realidad la muchacha es lo único que te falta dominar. Toma esta piedra pues *la vagina de esa doncella es como la boca de una culebra cascabel* (rattlesnake) y *tiene dientes*. Toma esta piedra cuando estés por acostarse con ella y *frótala contra los dientes hasta que los hayas roto todos*.

Esa noche el muchacho destrozó los dientes de la vagina de la doncella usando el pedernal. Entonces ella se transforma en un ser humano y aceptó ser su mujer".

Sólo comentaremos de esta leyenda el hecho de que el tema sobre la pugna entre los sistemas matriarcal y patriarcal se refleja y se continúa, insensiblemente en el relato, con la pugna sexual entre el varón y la doncella. Por la demás, la idea de la vagina dentada se muestra con tal evidencia que hace inútil todo comentario al respecto.

Leyenda Nº 2.— "*La Lucha de Yompichuale y Gepchigiuiti*"
Tribu: Piros (Perú)

"Existía un dios muy poderoso, inventor, transformador de las cosas, temible por sus obras, a quien los piros veneraban y los mismos dioses envidiaban. Tenía una hija llamada Eriana, muy hermosa, la cual deseaba tener esposo pero su padre era quien debería escogerlo. Muchos hombres habían pasado por la casa de Eriana a solicitar del padre, que se llamaba Gepchigiuiti, la mano de su hija, pero al ser sometidos a pruebas nadie era encontrado digno de ella.

Gepchigiuiti había metido en el vientre de Eriana una criandería de pañas (pirañas) peces hambrientos y carniceros contra las cuales ningún pretendiente de la joven Eriana sabía defenderse, pues a todos los mordía y los mataba.

Supo esto Yompichuale, el cual era también brujo y quiso pretender a Eriana. Yompichuale fué sometido por el padre de Eriana a un sinnúmero de pruebas de las que siempre salía triunfante. En una de estas lides Yompichuale quemó a Gepchigiuiti con una olla hirviente pues éste, a su vez, quería matarlo.

En vista de que nada podían hacer contra Yompichuale, regresaron a la casa. Eriana hizo masato y se emborracharon los tres. Yompichuale aprovechó que su suegro estaba dormido y llevó a Eriana, borracha,

al barbascal. En la chacra se acostó Eriana y se durmió: Yompichuale se acerca a ella a acariciarle pero *salen las pirañas de su vientre y le muerden los dedos de la mano.* Debido a lo cual todas las manos tienen unos dedos más largos que otros. Pero machucó barbasco y envenenó a las pirañas saliendo todas menos una pequeñita que no hace daño. Yompichuale llamó entonces al zorrillo y le preguntó si Eriana estaba curada de su mal. El zorrillo le contestó afirmativamente.

Yompichuale se fué a la casa tranquilo y triunfador; llevó los pescados muertos y mandó cocinarlos. Solamente Eriana y su padre comieron las pirañas. Yompichuale no comió por la repugnancia que le causaron.

Eriana ya vive con Yompichuale. Las pirañas no le muerden.

En la leyenda de los Piros, las pirañas, pececillos voraces de dientes afilados, muy conocidos y temidos en la región amazónica, representan la vagina dentada que, en un momento dado, mutilan-devoran los dedos del hombre. Sólo envenenando las pirañas con barbasco, es decir, destruyendo la vagina dentada, pudo nuestro héroe convertir a la esquiva doncella en su mujer y superar al mismo tiempo al padre, símbolo patriarcal, cuyo análisis será objeto de un trabajo posterior.

Dicho en otros términos, solamente superando el *doble peligro de castración* que encierra la idea de una vagina provista de dientes, *devoradora-castadora,* es como el varón, tanto en ésta leyenda como en la anterior, puede realizar la ansiada cópula, es decir afirmar su virilidad y someter a la mujer.

CONCLUSIONES

El estudio de estos mitos aborígenes sugiere:

1. Que el conflicto de mutilación-castración en pacientes neuróticos tendría su origen en conflictos orales en relación con la madre.

2. Este conflicto neurótico individual está también presente en la mente de los pueblos primitivos como vestigio de un dramático conflicto vivido por la humanidad. En otros términos, la lucha de los sexos se realiza en el inconsciente individual y en el inconsciente colectivo.

3. Una primera formulación de estos conceptos, aplicables también

a nuestras culturas aborígenes, puede ser hecha en los siguientes términos: el ser humano en su desarrollo y la cultura misma, deben superar dos fases perfectamente definidas: la fase Matriarcal y la Patriarcal. En la primera, la Madre Urobórica, la bruja o la Diosa Terrible, metamorfoseada en varias formas en su papel absorbente puede impedir el desarrollo del Yo. El niño puede quedar fijado en esta fase de dependencia matriarcal; sin embargo, es necesario, en un primer momento, esta seguridad sin la cual el Yo no podrá iniciar un desarrollo saludable. La buena madre debe permitir que en el momento preciso el niño "camine" por sí solo e ir adquiriendo autonomía en forma progresiva. El padre, como meta inmediata, puede obstaculizar o favorecer esta transición. Puede ser el Padre que apoya o ayuda y que permite la identificación del niño como el astro que proporciona arco y flechas al muchacho, en la leyenda de los Pawnee. Cuando el Padre es débil significa un escaso estímulo y cuando es destructor hace regresionar al Yo.

4. La fase de Transición Arquetípica formaría parte del substrato dinámico de la Impotencia Psicógena y de otras neurosis que implica "angustia ante lo femenino" y, en general de la angusta de relación entre ambos sexos, angustia proyectada desde el inconsciente del niño o de la niña.

5. Vislumbramos la existencia de una tercera etapa que está en estudio en el análisis de los "Mitos de Creación y Nacimiento en la América Aborigen".

RESUMEN

Después de algunas consideraciones sobre la importancia del Conflicto de Mutilación en la Impotencia Coeundi, se examinan las fantasías subyacentes en esta neurosis. La fantasía de la Vagina Dentada se relaciona, desde el punto de vista cultural, con pretéritos conflictos de la humanidad acerca de la supremacía de los sistemas Matriarcal y Patriarcal. El temor a la mujer, que presentan algunos neuróticos, es considerado, en parte, como un eco lejano de esta conflictiva, aún no del todo resuelta. Se presentan luego dos leyendas aborígenes americanas en que la idea de una vagina dentada aparece con nitidez.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ RICARDO "Los Piros: Leyendas, mitos, cuentos" Instituto de Estudios Tropicales. Pío Aza - Lima, 1960. — 2. DORSEY GEORGE A. "The Pawnee Mithology (Part 1)" Washington D.C. Carnegie Institution 1906. — 3. FROMM ERICH, "The Forgotten Language" - Rinehart and Co., Inc. New York - Toronto 1951. — 4. ORICO OSWALDO "Mitos Amerindios" - Río-San Paulo Editorial Limitada 1930. — 5. UEBERWASSER y colaboradores, "Angustia ante lo femenino" - Revista de Occidente S.A. Madrid 1962. — 6. ZAPATA, SERGIO "Aspectos Psicodinámicos de la Impotencia Psicogena" - Tesis de Bachillerato - Lima 1953.

HYPNOSIS AND THE PSYCHOTIC PATIENT *

By *HAROLD ROSEN,* Ph. D., M.D. **

Large numbers of patients with schizophrenic reactions develop, almost instantaneously, a so-called "red-hot" transference (1, 2). This practically by definition implies ready-and rapid- hypnotizability (3, 4). This has been stressed over and again since the turn of the century when Forel, one of the carly giants in the field, detailed his hypnotic approach to 20 psychotic patients (5), two of whom were paranoid (5b).

This gives one food for thought. In 1962 Auerback made a questionnaire survey of the attitudes of psychiatrists in California about the use of hypnosis (6). His respondents reported 201 cases of untoward effects, with psychotic episodes precipitated out in 119 of the patients they had seen. This shows how malignant the problem can be.

Since 1920 reports have appeared over and over again in the literature documenting the ease with which some psychotic patients attain deep hypnotic trance states. The latest of these, by Friedman and Kemp (7), summarizes their rapid hypnosis of 56 unselected schizophrenic patients (of whom 25 were paranoid and 15 catatonic). Yet at least 18 papers and one book (8) published since 1960 dogmatically state that psychotic patients can not be hypnotized or that their hypnosis interposes difficulties so pronounced as to make them for all practical non-hypnoti-

---

* Presented to the combined meeting of the American and Peruvian Psychiatric Associations, Lima, Peru, May, 1946.

** Associate Professor of Psychiatry, The John Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland (U.S.A.)

zable. We can therefore readily understand how some psychiatrically naive hypnotists have catapuled themselves into legal or other difficulties because of their inability to recognize psychoses in patients whom they had hypnotized but whose ego strength they did not-or could not-evaluate)(9-.

Unwise hypnosis may endanger a patient's physical and emotional health (10, 11) *and life* (6, 9). Stage magicians and night culb entertainers, despite statements to the contrary, have had adverse reactions develop post-hypnotically among some members of their audience whom they had hypnotized (12). Because of this, a New York hypnotist in London had to defend himself in a lawsuit-and the resultant furor wiht all its attendant newspaper publicity quickly led to the passage of the British Hypnotism Act of August, 1952 that went into effect April 1, 1953. In America a middle-aged bachelor after being hypnotized in a nigth club by another well-publicized entertainer required six months psychiatric hospitalization for the paranoid schizophrenic reaction that crystallized out with his hypnosis. This was predictable. Another stage magician compelled his subject while in the trance to perform humiliating acts. This patient became nauseated; he developed severe headaches; his previous adequate balance was upset; he had been pushed beyond his emotional tolerance; further symptoms developed; he decompensated; psychiatric treatment became mandatory. A 22-year old truck driver on his honeymoon was hypnotized by a stage entertainer who had him lie cataleptically on two chairs, head on one and heels on the other, so that members of the audience could sit on him. One day later he was brought to a psychiatrist, cataleptic and mute. Repeated hypnoses were of no effect. Shock treatment was tried one week later. After the third shock he was no longer mute. He ultimately made a complete recovery, but had no memory of the experience at all. During a group hypnosis for entertainment purposes an 18-year old volunteer became tearful and tremulous when it was suggested that he hallucinate seeing his aged grandmother. He later lapsed twice into the trance state and, like the previous patients, likewise had to be hopitalized. The anamnesis revealed his pronounced dependency on his grandmother after the death in an accident of his two parents. The stage hypnotist had unwittingly set up an area of insecurity related to this dependency. He was seen in consultation by a psychiatrist who then treated him on hypnotic levels. And a 13-year old Tennessee school child, who was hypnotized October 1, 1963, during a high school assembly program, within 10 minutes became severely disturbed, required five people to hold her, and was hospitalized

on an emergency basis at the nearby Memorial Hospital. It can be readily understood therefore why the American Medical Association has expressed itself in a statement of policy as unequivocally opposed to hypnosis for entertainment purposes (13).

Between April 1, 1949, and April 30, 1964, we were consulted about 203 subjects-patients actually-who because of their hypnotic experience decompensated into psychotic symptom-formation. Psychiatrists in advance had stated that with 8 of these hypnosis was contra- indicated. Seventy-one were hypnotized by non-physicians; the remainder, by physicians. In no case had the hypnotist attempted to evaluate egostrength in advance.

Of these patients 4 had been hypnotized for delivery. Hypnosis was tried with two to block their cigarette smoking. Other presenting complaints included stuttering, headache, sleeplessness, abdominal or back pain, wry neck, impotence, "nervousness," bed-wetting, shyness, frigidity, weakness (tiredness or malaise), and convulsions (or spells). Homosexual panics, paranoid and occasionally catatonic states, and even suicidal depressions crystallized out after some of these patients had been hypnotized. A number, however, merely developed substitute, although usually more incapacitating, symptoms, but those whose hypnosis was for so-called hypochondriasis usually became paranoid when their hypochondriacal symptoms were hypnotically blocked.

A number of cases have already been reported in the literature (6, 11, 12, 15). *Hypnosis is an exceedingly powerful technique. It has a significant place in modern medical practice.* In can be used for sedation, analgesia, and anesthesia; to allay anxiety and apprehension; for symptom repression and suppression; and as an adjunctive technique, but on a highly selective basis only, during the psychiatric treatment of specific patients with neurotic and even psychotic disease (4, 16 to 22). But whenever any one is hypnotized ego strength should first of all be evaluated.

There have been hypnotic symptom-cures of patients who therefore suffered irreparable harm because their underlying psychopathology remained untreated or became still more entrenched. To illustrate with cases previously reported in the literature (12), a business executive's wife when hypnotically "cured" of her compulsive chain-smoking became a compulsive over-eater, gained some 40 pounds, and then, when "cured" of her obesity "by hypnosis," became a compulsive alcoholic. She entreated us, to quote, to "hypnotize me out of this." Instead, she was treated psychia-

trically. If her martini-intake had been blocked hypnotically-and nothing positive substituted in its stead-she would in alla probability have either become a drug-addict or committed suicide (21). A taxi-driver who gnashed his teeth when asleep was hypnotically "cured" of this by his dentist but two nights later in a nightmare, from which he could not at first be awakened, grabbed his wife by the throat, and began choking her. As an emergency measure, until he could get into psychiatric treatment, he was re-hypnotized and allowed to grind his teeth again. This seemed preferable to homicide. A school teacher with severe back pain on a depressive basis had his pain hypnotically suggested away, could no longer focus on it in an attempt to keep from feeling depressed, and wiht symptom-removal plunged out af a seventh story window. Further illustrations can be given ad nauseam.

A number of hypnotists have been accused of sexually assaulting their hypnotized subjects and of giving them while hypnotized post-hypnotic suggestions to commit criminal acts. Law enforcement officials in six States have requested us to hypnotize hypnotists so accused, and their accusers, to determine if in actuality they had committed or caused to be committed the crimes of which they were accused. One case went to trial (9).

In most of our cases the patient preferring the charge turned out to be psychotic. These charges nevertheless are invariably serious. Six men for instance claimed to have hypnotized so that homosexual practices could be forced on them. Four women accused physicians of digitally stimulating them sexually after they were hypnotized; three others claimed that after being hypnotized they had been coerced into a heterosexual relationship. One insisted that she had been given post-hypnotic suggestions for the perfomance of perverse sexual acts with her husband; and eleven claimed that through hypnosis they had been compelled to perform fellatio. These patients came from seven different States. They should not have been hypnotized-but they were.

No patient in our opinion shuld ever be hypnotized unless a good mental examination is made and unless the physician who does the hypnosis also in advance determines how the hypnotic state will be utilized by the patient in question. In all cases involving charges of sexual misconduct that have come to our attention this has not been done. The hypnotists in point of fact were unable to do so. They lacked the necessary training (10, 11), clinical experience and professional judgement. They

were facile hypnotists in exactly the same way that a high school senior with a scalpel can be called a facile abdominal skin incisionist.

One of our patients was an obese housewife who wished an appointment so that while hypnotized she could be given strong post- hypnotic suggestions for auto-(or self-) hypnosis (21). She had, she explained, when previously hypnotized for delivery been instructed in the practice. She now wished to be able to sink into much deeper self-induced hypnotic trance states. No commitment could be given her for this. She finally reluctantly accepted an appointment for psychiatric consultation.

A letter was therefore sent the physician who had delivered her, requesting those details of his previous professional contact with her that he felt should be at our fingers' tips by the time of the consultation appointment. His reply characterized her as "pre-eminently a few hypnotic treatments will cure," and asked us to tell her that he hoped to have the pleasure of deliverying her next baby under hypnosis! "She is a very gratifying patient," so he concluded.

During the consultation, she attempted to manipulate the psychiatrist into hypnotizing her. It developed that by the time she became pregnant she had decided on divorce. Her husband she "knew" had pricked holes in her diaphragm to make her conceive and thereby bind her to him. That was why, when going into auto-hypnotic states prior to her delivery, she had kept turning over in her mind what she hoped were fool-proof plans to kill him. They made her feel relaxed and content, so she had been able to smile then. But after the delivery, she had been able to self-induce deeper and still deper hypnotic trance states; and the deeper she had gone, the more loopholes she perceived in her plans. She therefore had to modify and change them. She has one now that she thinks perfect. But she wishes to be absolutely certain about it. She doesn't want to get caught and imprisoned. So will we please hypnotize her and give her while hypnotized suggestions that will enable her post-hypnotically to go into still deeper auto-hypnotic states, so that she will be absolutely certain that her present plan is as fool-proof as she hopes it is?

Her thought content was more malignant even than this. She explained that she intended bringing malpractice charges against her physician. While she was hypnotized, she explained, she "knew" he must have relieved himself sexually with her. His sperm, she was convinced, had "displaced" her husban's. "So," to quote, "The baby is his!" And any physician who delivers his own child, according to her, has violated medical

ethics! "I know this! You know it! And he knows it!" she cried. She therefore intended pressing criminal charges against him unless he adopted the baby, because as long as she had to take care of it she could not leave or divorce her husband!

This woman was obviously schizophrenic. She was sinking into a dream world of her own. She should not have been hypnotized, at least not by a non-psychiatrist, for delivery or for anything else. It seems unfortunate that schizophrenic patients are so readily hypnotizable (22).

The colleague who hypnotized her was at the very least guilty of poor judgement in not having studied his patient's ego defenses before deciding to do so. She had incorporated him her delusions and would therefore in all probability not have told him when she first saw him what so many months later she told us. However, any one as emotionally sick as she was would necessarily on adequate mental examination have given evidence of her underlying illness, although in other areas, and her weak ego would have been detected (21). A mental as well as a physical examination should have been made. Physicians who hypnotize patients without doing this or without knowing how to do this may find themselves in the precarious and unenviable position of defending themselves in court against criminal charges. This has happened (9).

A gynecologist-obstetrician was found guilty by a jury of six men and six women, and his name-with the charge- was plastered over a three-column spread in one of the large metropolitan dailies when a mis-trial was declared. The paper stated that he had, to quote, "previously (been) found guilty of forcing a hipnotized woman patient to commit a lewd act." His full name, age, address and specialty-practice was listed.

Before the case went to trial, the D.A.'s Chief of Detectives 'phoned us long-distance. The obstetrician, he stated, was alleyed to have hypnotized and to have forced oral sexual relations (fellatio) on a woman patient. He had already been indicted. He wished us to determine "by hypnosis" if this act actually took place. (This, incidentally, is not within the areas of competence of a physician, whether he be a general practitioner, a surgeon or a psychiatrist (23). He is not a detective and can not function as one (9). If the evidence is sufficient to warrant bringing a doctor into court, there is no need to have it substantiated and confirmed by an examination of this type. On the other hand, if the evidence is insufficient, it should instead be investigated by the Committes on Ethics of the local

medical society so that if innocent the physician in question will not be pilloried with all the newspaper publicity that a public trial involves.)

But, so the detective stated, another doctor, a psychologist, had already hypnotized the woman; his report "proved" that the doctor had committed the act but that the woman had been willing. She claimed she was not. Would I hypnotize her to find out?

The psychologist, if one could judge from this detective's remarks, had regressed the patient on hypnotic levels to the time of the alleged fellatio. This could mean only that at the time of his hypnotic investigation her fantasies were those of previously having willingly performed the fellatio that she was now accusing the physician of having forced upon her (9, 20). No matter who said what, it does not necessarily mean that she did; neither does it mean that she did not. The hypnosis, by itself, whatever she stated when hypnotized and however she enacted or reenacted previous behavior, can by and of itself prove nothing. Twenty-nine articles and one book published during the past decade make or imply serious mis- statements of fact on this and other levels. *The mere fact that a patient-or a subject-makes statements, re-lives past events or reenacts incidents when hypnotized does not ipso facto mean that these are to be credited as factual. They may have taken peace; they may be fantasied; the patient may be deliberately distorting the truth; or there may be retrospective falsification of memory* although this in our experience has seldom been purposeful. The psychologist's report may have been misunderstood or quoted out of context, or he may have, like so many other psychiatrically naive hypnotist-physicians, hypnotist-dentists and hypnotist-psychologists with whom we have had contact, been incompetent when it comes to evaluating and interpreting material elicited on hypnotic levels.

Be this as it may, the district attorney wished us (a) to hypnotize this woman to prove or disprove her charge, and (b) perhaps to hypnotize the doctor as well. Names of highly competent psychiatrists in nearby medical centers were given him instead. Appointments, he was told, could be scheduled for psychiatric consultation only. They might-or might not-be hypnotized during the consultation sessions, but there could be no commitment for hypnosis. Material elicited on hypnotic levels. if hypnotic techniques were utilized, would be considered raw undigested psychiatric data and integrated into the total psychiatric impression. Material elicted would come within the doctor-patient confidential relationship

(9, 23). The consultation might require a few sessions or it might continue for weeks. When completed, a brief report would be prepared. But, so it was added, no examination on hypnotic (or on non-hypnotic) levels could enable any physician to state unequivocally that this woman-or, for that matter, this physician-was, or was not, stating the truth.

Our recommendation was not accepted. The case came to trial. The doctor was adjudged guilty by a jury of his peers, but before the judge could pronounce sentence one of the jurymen made statements that caused a mis-trial to be declared. The three- column newspaper spread at this pillored the physician. He was re-tried, and this time exonerated.

He, like the first physician, unfortunatey had made no examination of his patient's mental status before hypnotizing her. This should invariably be done before patients are hypnotized. Further-more, after the hypnosis is terminated the physician should discuss with the patient what she feels has occurred during the hypnosis. Misconceptions can then be cleared away and charges, in all probability, will not be preferred.

This can be illustrated with excerpts from the case record of a second-year student nurse who was brought to our office by her father, eyes closed, mute, and with waxy flexibility. On hypnotic levels she spontaneously abreacted an actual or fantasied rape by her uncle. She felt that since she could not trust him, a close relativa, she could not trust her father, an even closer relative who, she "knew," intended to rape her if she recovered. On non-hypnotic levels her rape fantasies involved me and the two psychiatric residents who were with me at the time.

She was scheduled on a once-a-week basis during January, 1954. After the first hypnotic session, she was able while away from the office to make a not too inadequate social, academic and class (hospital) adjustment. When visiting home, however, she showed the pronounced clinically catatonic psychotic picture which so characterized her in the office. Immediately after entering it, for instance, her eyes would close; she would become cataleptic; and she would consistantly react as though she were catatonic.

If one could credit the history given by her father she had been in a minor automobile accident in March, 1951, had wept and complained a good deal afterwards, and had had a stiff neck for a prolonged but indefinite period of time. With its disappearance she then developed severe abdominal pain for which no pathology was found even on exploratory

laparotomy. With the disappearance of her severe abdominal pain she gradually became more and more lethargic and somnolent.

During the first month of treatment she was completely mute on non-hypnotic levels. She was seen and treated in all for some 17 sessions over a 12-week period of time.

The material which had manifested itself on hypnotic levels-or to be more precise her recollection of it-was raised with her for psycho-therapeutic discussion. Her distortions were pronounced. They were treated in exactly the same way as other distortions-and other fantasies-would have been. She "remembered" that during these sessions as part of the treatment process her therapist had digitally stimulated her sexually. As this was worked through and partially resolved she found herself doubting the validity of this "memory" especially since residents were present at the time. She gradually became more and more doubtful about whether her uncle had actually raped her in 1949 or 1950 as in her memory she was convinced that he had. She later on wondered whether or not her fear that her father mipht rape her during her trips to Baltimore was based on his actual lust or on her illness. It was at this point that she lost her symptoms. Before then, as at times her waxy flexibility was relinquished in the office there was a great deal of verbal and motor-behavioral angry and quasi-assaultive behavior. Her fear of her aggression and of her homicidal impulses against her mother had to be taken up directly with her. Hospitalization in fact was recommended at first but rejected by her father and by her.

Treatment ceased in March, 1954. We felt she should be seen further. She could not come to the office by herself (she came from out of town) and her father could not brine her for further treatment sessions. She did quite well, finished nurses training, got a job, did get married (in 1955), had a child, saw her marriage go on the rocks, obtained a divorce (in 1962), and nevertheless continued making a non-psychotic adjustment without missing time through sickness from work. Our last follow-up on this patient is as of August, 1963.

We have treated other catatonic patients on, at times, comparable hypnotic levels and intend reporting our findings in a later paper. Our results are in contrast to the results reported by Illovsky (19) who perhaps because of his case material feels that, to quote, an hypnotic approach can be "especially useful with paranoid schizophrenies whose 'push' of hostility could be controlled and directed through hypnosis to both

socially and individually satisfactory channels," so that they can be "considered conditioned by suggestions, in the Pavlovian sense of the word, to use their energy for working and repression instead of spending it on useless aggression and hostility." On the other hand he comments about the extreme difficulty, again to quote, "in reaching catatonies by hypnosis" and attempts to explain this on the basis of "their extreme, almost self-hypnotic withdrawal" stating that "apparently the catatonic's fear of his own aggressions or of his surroundings is so great that all his energy is exerted to maintain the rigid rule of isolation behind which he has withdrawn." We have not curselves found this a problem with those few catatonic patients whon we have attempted to treat on these levels.

Patients, it should be stressed, can become sexually aroused during hypnosis (22, 25). Even non-psychotic patients may. But when a hypnotized patient experiences spontaneous orgasm while hypnotized, one wonders whether the patient is phobic, has a conversion reaction, or is giving evidence of a previously unrecognized schizophrenic substrate requiring cautious evaluation.

There may be a manic-depressive psychosis or the patient may be a not too latent homosexual. But the possibility of an underlying psychosis must always be borne in mind. Flateau as early as 1920 (26) commented about having observed, to quote, "several cases in which one of the first signs of a paranoid illness was sexual arousal during hypnosis." He therefore cautioned against hypnotizing paranoid patients. And Schilder (27), although for other reasons, did not feel that hypnosis had much to offer the schizophrenic patient.

The patient with full-blown psychotic symptoms can be readily recognized. The patient with a so-called latent, compensated, dissimulated, pseudoneurotic or masked psychotic state can and frequently does make a comparatively excellent marital, work, recreational and professional adjustment. Physicians in general practice and in the various medical specialties justas frequently do not have sufficient training and experience to recognize such patients and to make the diagnosis. As more and more emphasis is placed on Psychiatry in the undergraduate medical school curriculum the problem will gradually disappear. At present however patients not infrequently are pushed beyond their emotional tolerance through psychiatrically naive hypnosis-and they decompensate emotionally.

A headache, for instance, may be due to tension or to a brain tumor.

Thedanger of naive symptom-removal in petients with chronic headaches who have not had adequate physical (and especially adequate neurological) examinations is obvious (11). But brain tumors can be missed in the absence of neurological findings. They should not be when such findings are present. We have, however, seen four patients whose brain tumor headaches were so relievad. It is to be regretted that these particular patients were so readily hypnotizable. We have seen other patients who it would have been contraindicated to have given a direct hypnotic suggestion for headache-relief.

To illustrate: A 31-year old mechanic with a 4-year old son had been complaining of severe agonizing headaches that began when his wife was in the second trimester of her pregnancy. Consultations had been with neurologists, allergists, neurosurgeons and internists. His work-ups had been elaborate. The electro-encephalogram showed no abnormalities. All studies yielded results within normal limits. He saw numerous physicians. His headaches nevertheless continued. He had no other symptom. He was considered, to quote. "to be emotionally stable." His most recent physician wondered whether his headaches could be hypnotized away. He was scheduled however for psychiatric consultation, but it was agreed that during consultation sessions the possibility of an approach on hypnotic levels would be given consideration.

During the first 30 minutes of the initial consultation session he described his headaches, described the various physicians whom he had seen and their recommendations to him, and described his present marital, work, and recreational adjustment. There seemed nothing psychopathological in any of this.

He had had no need to see any physicians during the early years of his marriage, before his headaches had developed; in fact, he had been in better health-in much better health-than before his marriage. (You had been sick then?) No, he hadn't been sick but his face was scarred from acne-and he therefore had seen as many doctors from the time he was 15 until the time he met his wife-for his acne-as during the past 5 years he had seen for his headaches. But, as he explained, "They're not able to cure my headaches now and they weren't able to clear my scars then. My face is all scarred up from my acne. That's what caused people to look at me. It still does. And knowing that people are looking at me, watching me, even strangers I see passing in the street has given me an inferiority complex. It made me withdraw then and it makes me withdraw

now. That's why I don't like to go out at all. I don't have the urge to masturbate any more not since I've gotten married except when my wife was pregnant. That's what gave me the headaches then."

He paused for a moment and then continued. "I must have been oversexed. It caused the acne-and the scars-on my face. People could tell by looking at me what I was doing. But I couldn't stop it. I'm not doing it any more but I have so many scars on my face"- his face was fairly clear (1)-"that everybody looking at me knows I used to masturbate and some of them think I still do. Or if they don't then they think I'm a homo. I'm not. I'm living with my wife. But I'm so worried about this that I can't think of anything else. I feel all mixed-up. The only way to treat my headaches, Doctor, is to do something about this" (scarred face of his).

He kept continuing in this vein. He wished to be hypnotized so that he would pay no attention to what people thought about the non-existent acne-scars on his face that he had been so preoccupied with for so many years.

These were psychotic productions that he was elaborating. He had not discussed them with his wife. He had given no hint of them to his previous physicians nor did the psychiatrist have any suspicion of their presence during the first 30 minutes of his examination of this patient. Paranoid material now came to the fore. This mechanic had previously kept himself under rigid control. If he had been hypnotized to relieve his headaches he could conceivably have developed a homosexual panic or, alternatively, a florid paranoid psychosis might have crystallized out.

We do not however mean to imply that patients with masked or dissimulated underlying psychotic states must necessarily develop untoward reactions if hypnotized. Ego strength may be sufficient or it may not. Neither do we mean to imply that psychotic patients can not be treated psychiatrically on at times hypnotic levels. They can be (4, 16 to 20). We ourselves on occasion do so (18, 20, 22). Nevertheless, as Gill and Brenman (28) so succinctly state, it is the psychotherapeutic relationship not the hypnosis *per se* that is of prime significance. Patients once hypnotized can be treated by all the more usual psychotherapeutic techniques. The therapist may merely proceed as he would if his hypnotized patient were not hypnotized granted the same verbal and nonverbal productions. He may, however, if he wishes make use of a number of extremely specialized maneuvers that seem posible perhaps only in the

hypnotic interpersonal relationship. These are limited only by the ingenuity of the therapist. They vary with his personality configuration, his background, his training, his clinical competence, and his knowledge of psychodynamies (2p).

But the untrained hypnotist can do more harm than good. He can be dangerous if he fails to realize his errors and his limitations (11, 14, 15, 25). Whenever a atient is treated on hypnotic levels transference and counter- transference considerations are of prime significance. Infantile omniscience and omnipotence fantasies may be present not only in the patient but in his hypnotist as well (20). They were prominent in the symptomatology of the 8 hypnotists whom we had to hospitalize psychiatrically, and in a number of hypnotists whom it was possible to treat on an office basis. According to the A.M.A. Council Report on Training in Medical Hypnosis (11), predisposed individuals who hypnotize patients may become obsessionally preoccupied with their hypnotic powers to the point of delusional thinking. With some whom we have had as patients, hypnosis has become a monomania, and they have eschewed all other aspects of professional development. In other words, *emotional regression on the part of the hypnotized patient may be independent of, may directly reflect, or may be paralleled by, emotional regression on the part of his hypnotist* (20). This is despite the fact that for a period of time some inadequately trained hypnotists can obtain even apparently good clinical results (11).

Most physicians, however, have a more sober perspective when they make use of this technique. They are physicians who when it seems indicated may with specific patients and for very specific treatment goals make use of hypnosis. They neither oversimplify nor overdramatezze what they are doing. They make use of hypnotic techniques on a highly selective basis and only after making adequate physical and mental examinations of the patients for whom they think an approach on hynotic levels may be indicated.

Hypnosis can be regarded as an aspect of the doctor-patient relationship, with all the potential for treatment and for harm that characterizes this relationships, but to an intensified degree. It is a psychiatric technique. General practitioners, dermatologists, and other non-surgeons ligate and suture as a matter of course but sutering is always a surgical technique. There can be no non-surgical use of the suture. Likewise, there can be no non-psychiatric clinical use of hypnosis even though physicians

in general practice, in obstetrics, in dermatology, in anaesthesiology, and in the various other non-psychiatric medical specialties may-and do-hypnotize patients for medical purposes.

Their training in hypnosis should be within a medical school or a teaching hospital under its committee on curriculum within its Department of Psychatry but in conjunction with the other departaments of the medical school, teaching hospital, or psychiatric training center in which the physician-in-training is primarily interested (10, 20). Patients in such courses should be selected and assigned to provide the physician-in-training with a well-rounded experience in relation to his own type of practice. His learning experience should derive from clinical assignments (11, 21). With instruction of this type physicians making use of hypnotic tecniques would-as in its February 15, 1961, State of Policy on Hypnosis (10) the American Psychiatric Association recommended-"have sufficient knowledge of Psychiatry, and particularly of psychodynamics, to avoid its use in clinical situations where it is contraindicated or dangerous."

And results with hypnosis may be melodramatic. The itch of a trichomonas infection or of a poison ivy can with some patients be posthypnotically suggested away. Lung and thyroid operations, cardiac surgery, hysterectomies and Caesarean sections can be done with hypnosis as a partial anaesthetic or as the only anaesthetic. Hypnosis may with certain atients be used to end temporarily the headache of a brain tumor or to control the convulsions of even an intracranial lesion (29). Pain and discomfort, whether emotionally or organically based, can be influenced on hypnotic levels.

But hypnosis is a medical technique not a medical specialty. There are no bona fide hypnosis boards recognized by the A.M.A. or the A.P.A. The most important requirement for the hypnotist is that he acquire an understanding of the basic principles of Psychiatry, and certain basic psychiatric skills (11). It is to be regretted that the 203 patients for whom we functioned in consultation between April 1, 1949, and April 30, 1954, had been hypnotized by individuals without such understanding, and without such skills.

For despite sometimes vociferous and impassioned statements to the contrary, psychotic patients are not infrequently hypnotized by psychiatrically naive hypnotists who have no concept of what they are handling, who are way beyond their depth, and who may thereby without realizing

it either exploit, or be expioited by, their patients and out-maneuvered by them.

This is fast becoming impossible. Only a few generations ago, graduate surgeons were lectured on how to wash their hands. Courses on sepsis and asepsis were soon given residents and internes. This was literally a matter of life and death. Bacteriology later became incorporated in the undergradute medical curriculum. Today, no one would think of lecturing even to housewives on handwashing; every one knows what is involved. As more and more basic psychiatry is included in the undergraduate medical curriculum, the same statement will be made not about sepsis and esepsis but about hypnosis. The dangers and potential dangers stressed in every section of this article will ultimately turn out to be a tempestin a teapot.

But at the present stage of medical (including psychiatric) instruction and training, the problem unfortunately is a pressing one.

REFERENCES

1. MCALPINE, *I.*: The development of the transference, Psa. Quart. 19: 501, 1950. — 2. NUNBERG, H.: Trasference and reality. Internatl. J. Psa. 32: 1, 1952. — 3. ROSEN, H.: Regression hypnotically induced as an emergency measure in a suicidally depressed patient, J. Cl. Exp. Hyp. 3 (Nº 1): 58, 19555. — 4. BOWERS, M.: Theoretical considerations in the use of hypnosis in the treatment of schizophrenia, J. Cl. Exp. Hyp. 9: 39, 1961. — 5. FOREL, A.: (a) DER HYPNOTISMUS: seine psychophysiologische, medizinische strafrechtliche Bedentung, 2nd Ed. Enke, Stuttgart, 1891; (b) HYPNOTISM or Suggestion and Psychotherapy. Rebman, N.Y., 1907. — 6. AUERBACK, A.: Attitudes of psychiatrists to the use of hypnosis, J.A.M.A. 11:9171921 (June 16) 1962. — 7. FRIEDMAN, J. AND KEMP, W.:Hypnotizability of newly admitted psychotic patients. Psychosomatics 4: 95, 1963. — 8. KROGER, Wi S.: CLINICAL AND EXPERIMENTAL HYPNOSIS. Phila., Lippincott, 1963. — 9. ROSEN, H.: Hypnosis and the law, pp. 15-41 *in* PROCEEDINGS OF THE NATIONAL MEDICO-LEGAL SYMPOSIUM, Chicago, 1963, Law Dept., American Medical Association. — 10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Statement of Position regarding Hypnosis, Wash., D. C., Feb. 15, 1961. (Copies of this Statement are available on request from the central office of the A.P.A., 1700 18th St., N.W., Wash, 9, D.C.). — 11. COMMITTEE ON HIPNOSIS, COUNCIL ON MENTAL HEALTH, AMERICAÑ MEDICAL ASSOCIATIOÑ: Training in Medical Hypnosis, J.A.M.A. 80:693-698, 1962. (Copies of this Report can be obtained on request from the Council on Mental Health, A.M.A., 535 N. Dearborn St., Shicago 10, III.). — 12. ROSEN H.: Hypnosis. pp. 800-817, Vol. III, ENCYCLOPEDIA OF MENTAL HEALTH, N. Y., 1963, Franklin Watts, Inc. — 13. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION: Medical Use of Hypnosis. (Repert approved

by the Board of Trustees and House of Delegates of the A.M.A., June, 1958.) J. A.M.A. 168:186-189, 1958. — 14. MELDMAN, M. J.:Personality decompensation after hypnotic symptom suppression, J.A.M.A. 173: 359, 1960. — 15. GOLIN, M.: Issue on hypnosis, Medicine at Work, March, Vol. 2, 1962. — 16. BREUDINK, H.: "Ueber die Behandlung von Psychosen mit Hypnose," Nederl. Tijschr. v. Geneesk. 67:1321, 1923. — 17. WOLBERG, L. R.: "HYPNOANALYSIS," Grune and Stratton, N.Y., 1945. — 18. ROSEN, H.: "HYPNOTHERAPY IN CLINICAL PSYCHIATRY," Julian Press, Inc., N.Y., 1953. — 19. ILOVSKY, J.: "Experiences with group hypnosis on schizophrenia," J. Ment. Sc. 108:685, 1962. — 20. SYMPSUM Nº 8: MEDICAL USES OF HYPNOSIS. Group for the Advancement of Psychiatry, N.Y., 1962. — 21. BARTEMEIER, L. H. AND ROSEN, H.: "Hypnosis in Medical Practice," J.A.M.A. 175:976-979, (March) 1961. (*Reprinted in* Averbach, A. and Belli, M. M.; *ed.*: *Tort and Medical Year Book* 2:522-531, 1962.). — 22. ROSEN, H., STEPHENS, J. H., AND ASTRUP, C.: The psychiatric treatment of a hypnotized paranoid patient, unpublished article. — 23. GALL, J. C.: The case against narco-interrogations. J. Forensic Science 7:29-53, 1962. — 24. BRYAN, W. J.: *"Legal Aspects of Hypnosis,"* C. C. Thomas, Springfield, III., 1962. — 25. ROSEN, H. AND ERICKSON, M. E.: Hypnotic and hypnotherapeutic investigation and determination of symptom function, J. Clin. Exp. Hyp. 2:201, 1954. — 26. FLAUTAU, G.: "KURSUS DER PSYCHOTHERAPIE und des HYPNOTISMUS," zweite und dritte Auflage, Kargen, Berlin, 1920. — 27. SCHILDER, P. AND KAUDERS, O.: "LEHRBUCK der HYPNOSE," Julius Springer, Vienna and Berlin, 1926; *translated by* Rothenberg, R.: "HYPNOSIS," Nervous and Mental Diseases Pub. Co., N.Y. and Washington, 1927; *translated by* Corvin, G.: "THE NATURE OF HYPNOSIS," Interntl. Univ. Press, N.Y., 1956. — 28. GILL, M. M. AND BRENMAN, M.: "HYPNOSIS AND RELATED STATES," International Universities Prees, N.Y., 1959. — 29. ROSEN, H. AND WALKER, A. E.: Hypnotic studies of patients with convulsions, pp. 138-149, *in* Masserman, J. H., *ed.*, CURRENT PSYCHIATRIC THERAPIES, vol. III, N. Y., Grune and Stratton, 1963.



REVISTA DE REVISTAS

SIMULTANEOUS DEATH IN SCHIZOPHRENIC TWINS

WILSON, I. C. & REECE, J. C. Arch. Gen. Psychat. 11:377-384, (Octubre), 1964.

Dos mellizas esquizofrénicas ingresaron al hospital por ideas delusivas de daño, persecusión y envenenamiento. Tenían 32 años de edad y eran idénticas. La hermana A fué la dominante desle los años de secundaria. La enfermedad mental comenzó simultáneamente cuando las pacientes tenían 26 años de edad y se caracterizó por retraimiento, indiferencia e ideas delusivas de ser envenenadas y drogadas. Hubo progresivo deterioro del estado psíquico en los años subsiguientes con aplanamiento afectivo, pérdida de los intereses sociales, disturbios del sueño y del apetito. Paulatinamente las delusiones devinieron más específicas, fijas y sistematizadas. Ambas fueron hospitalizadas en dos oportunidades (A y B en enero 1961; B en julio y A en setiembre de 1961). En el último ingreso estaban muy delgadas (una pesaba 39 kg. y la otra 44) y rechazaban los alimentos y los medicamentos (tioridazina 100 mg. q. i. d. y metandrostenalona 5 mg. t. i. d.), cuando la primera medicina era rechazada se sustituía por clorpromazina 100 mg. intramuscular. El 11 de abril de 1962 al no lograrse mejoría se decidió separar de sala a las mellizas enfermas. Poco después de la separación cada una de ellas envió con la enfermera un mensaje que decía "La medicina está destruyendo nuestras mentes pero no culpamos al médico porque sabemos que está tratando de auxiliarnos". Se interpretó la advertencia como un mensaje suicida y se recomendó mayor vigilancia. El mismo día a las 08.00 pm. la paciente A recibió una inyección intramuscular de 100 mg. de clorpromazina, ya que había vomitado deliberadamente la cena y la medicina dada anteriormente por via oral. Casi inmediatamente después de la inyección la paciente tuvo un acceso modificado, caracterizado por una contracción tónica generalizada, seguida de movimientos rotatorios de los brazos, recuperándose rápidamente sin mostrar signos de incomodidad física. Aproximadamente al mismo tiempo la melliza B, que estaba en otro pabellón, recibió 100 mg. de tioridazina por vía oral.

Ella tuvo cierta dificutad para tragar el comprimido y trató de vomitar. Inmediatamente después presentó un acceso modificado similar al descrito en su hermana. Sin embargo, se había observado que ambas enfermas estaban ligeramente mejor, con definida elevación del humor y mejor orientación hacia la realidad. Ambas se acostaron y fueron observadas en rondas rutinarias a las 10.20, 11.30 y 12.00 pm. A las 12.45 am. del 12 de abril, se encontró muerta a la melliza A. Inmediatamente se investigó a la otra hermana y se le halló también muerta. El fallecimiento de la paciente A no fué observado por nadie. La enferma B dormía con otra paciente, la cual informó que B había estado mirando por la ventana, en la dirección de la ventana del dormitorio de su hermana A. Luego se echó en el suelo y se encontró su cuerpo en esa posición. El examen anatomopatológico y toxicológico de ambos cadáveres no reveló la causa de la muerte. Las extraordinarias circunstancias de la muerte simultánea de ambas hermanas, anunciada por las dos el día anterior, sin que se pudiera determinarse el mecanismo del deceso por el examen químico y patológico, confiere especial interés a esta observación. Los autores consideran cuatro hipótesis para explicar los fallecimientos. (1) La muerte fue ocasionada por exceso de dosis o por reacción inusitada ante los medicamentos. No es aceptable porque las dosis no fueron considerables. Tampoco puede aceptarse que fallecieron por hipersensibilidad, ya que se emplearon diferentes drogas y en distinta forma de administración. (2) Ocurrieron por suicidio. No puede sostenerse tampoco esta idea, porque el estudio anatomopatológico y toxicológico, hecho con gran minuciosidad, no reveló causa física ni química de muerte. (3) Fallecieron por mala nutrición. Tampoco es posible porque si bien no estaban en buenas condiciones de nutrición, su estado era comparable al de muchas otras enfermas del hospital. Además el estado de nutrición era diferente en las hermanas (una pesaba 39 y la otra 44 kgs.) (4) Las hermanas murieron por un mecanismo psíquico. La ansiedad aguda de la separación podría haber ocasionado las crisis modificadas, seguidas de cambios fisiológicos letales (muerte de voodoo de Cannon o ansiedad maligna de Mira). Pero nuevamente las observaciones no confirman esta hipótesis. No se notaron clínicamente cambios patofisiológicos y el estado previo al deceso fue de leve exaltación efectiva más que de temor. Finalmente los autores concluyen que probablemente varios factores concurrieron para ocasionar la muerte de las hermanas. Aparte de que tenían predilección psicológica hacia el fallecimiento, ambas mostraban propensión física hacia el mismo fin. Las dos eran de hábito esquizofrénico leptosomático asociado a condiciones de debilitamiento físico. Con su debilidad constitucional, afectada por su negativa a comer y por el vómito, no es difícil imaginar que su medio interno fisiológico estaba en un estado exquisitamente delicado de equilibrio homeostático, que les incapacitó para soportar las sobrecargas externas e internas de sus últimas horas en una respuesta adaptativa fisiológicamente saludable. Sin embargo, queda sin explicación la muerte simultánea, excepto el hecho de que eran gemelas idénticas. Este es el primer informe sobre fallecimiento simultáneo en mellizos esquizofrénicos.

RAUL JERI.

SOBRE LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE EN MEDICINA PSICOSOMATICA

ROJAS, LUIS Y MOLINA, ANTONIO. Acta Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría. Vol. XXII, Nº 1. Pág. 29-35. Marzo 1963.

Estos autores destacan algunas conclusiones provenientes de su devenir como docentes frente al enfermo, al estudiante y a ellos mismos. En primer lugar consideran que el médico no será nunca terapeuta sino cuenta con una adecuada formación psicosomática, citan a Jasper en lo que dice que "No hay que aprender psicopatología sino observar, interrogar, analizar y pensar psicopatologicamente"; por tanto, considerando que la Medicina aborda la totalidad psicofísica del hombre, en lo que se llama enfermar o sufrir, llegan a declarar que no hay que aprender clínica médica, en el sentido clásico, sino aprender a pensar clinicamente, y lamentan que los aprendices de médicos lleguen al ámbito docente ya modelados intelectualmente y con una actitud clínica ya configurada. . . histopatológicamente, en contraposición de lo que propugnan, glosando a M. Boss, el aprendizaje de un microscopio psíquico que contenga una formación humanística en el médico capaz de infundir "un ojo espiritual".

Luego plantean el derroche estéril de energía y tiempo de que hace gala el graduado actual en su desconcierto, su incompetencia, su inseguridad y su búsqueda ansiosa por acomodarse o situarse y que toda ésta anarquía se resolvería, si se inculcara que la medicina es una actividad de plena dedicación en el plano técnico, emocional y espiritual y no un trampolín para situarse socialmente. Por eso, son partidarios de que el profesor de medicina debe insistir reiteradamente, en la humanización del hombre, entendiéndose por "humanismo" la conservación de la libertad del hombre y de su dignidad, evitando así el esclerosamiento intelectual, emocional, teórico y técnico.

Resaltan gráficamente la necesidad imperiosa de una correcta enseñanza y aprendizaje de la patología psicosomática, esquematizando el recorrido de un paciente psicosomático desde el momento que sufre un primer stress hasta el momento en que llega a las manos del psiquiatra, con las fatales consecuencias yatrongénicas e inhumanas que menoscaban el prestigio de la medicina y que conducen al desmejoramiento económico y social del paciente.

Finalmente trascriben un extracto del 9º informe de la "Organización mundial de la Salud", sobre la "Enseñanza de la Psiquiatría y de la Higiene Mental a los estudiantes de Medicina" (1961) llegando a la conclusión de que la patología psicosomática no puede ser "enseñada" sino "emocionada", 'vivenciada" por el propio médico.

En fin consideran que lo primordial para llegar a ésta meta es una planificación en la "actitud" de la enseñanza médica, es decir, de que cada maestro de medicina en su campo o especialidad adopte esta actitud psicosomática o antropológica.

FRANCISCO VASQUEZ PALOMINO

PSYCHIATRIC WORK THERAPY IN THE SOVIET UNION

WORTIS, J. & FREUNDLICH, D.: Amer. J. Psychiat. 121:123-128, 1964.

En Rusia existe un médico por cada 645 habitantes comparado con un médico por cada 714 habitantes en los EE.UU. de Norteamérica. Además hay una cama hospitalaria por cada 120 habitantes, cifra casi idéntica a la de Estados Unidos, sin embargo sólo existen 207,800 camas psiquiátricas, comparadas con 775,000 en Estados Unidos. Es decir que el 11.2% de todas las camas de hospital en Rusia están destinadas a pacientes psiquiátricos, en comparación al 46.4% en Estados Unidos. Esta gran discrepancia se explica por el relativo suceso que Rusia tiene en mantener trabajando a sus pacientes psiquiátricos. En la actualidad todos los hospitales y consultorios psiquiátricos en la URSS tienen talleres de trabajo. Fué principalmente por el énfasis dado al trabajo que los consultorios desarrollaron hospitales de día o statsionars donde los pacientes pueden pasar todo el día trabajando o en tratamiento y regresan a sus hogares en las noches. Las facilidades psiquiátricas para pacientes crónicos están organizados actualmente como colonias agrícolas de trabajo. Más aún, el consultorio psiquiátrico comunitario, base de la estructura psiquiátrica en ese país, tiene un rol importante en distribuir y controlar la colocación del trabajo y el cuidado o supervisión del paciente en un trabajo regular.

La laborterapia en la URSS no solo tiene funciones terapéuticas específicas, sino otras funciones prácticas asociadas: permite preservar el rol normal del paciente y la rutina diaria, tiende a librarlo de preocupaciones aflictiva, le dá un estado, lo compromete en una forma racional y útil con otras personas, aumenta sus ganancias y mantiene sus habilidades de trabajo. El paciente parcialmente defectuoso puede aprender nuevas técnicas dentro de sus limitaciones o puede prepararse para otro trabajo en la industria. El trabajo puede resultar también beneficioso y aprovechable para la institución, aunque siempre se recalca que las ganancias para el hospital son secundarias y nunca deben dominar el programa terapéutico, que debe estar dirigido enteramente en interés del enfermo.

Se considera qu el trabajo es muy importante para mantener la estabilización de las remisiones y para la prevención del deterioro. En los casos crónicos, con defectos residuales estabilizados, el trabajo es el elemento más importante en el tratamiento. También se considera que el trabajo es importante para los niños, y se espera que aún los niños gravemente disturbados o retardados hagan algún trabajo regular. En las escuelas para retardados el 30% del tiempo se dedica al trabajo.

En los Institutos Psiquátricos se recomienda que las asignaciones de trabajo deben ser individualizadas. Por ejemplo no se debe dar trabajo monótono, repetido, al paciente con comportamiento estereotipado. El trabajo debe desarrollarse en etapas o fases. El trabajo debe combinarse con otros métodos de tratamiento, especialmente con psicoterapia. Las sesiones de psicoterapia indudablemente son útiles y significativas para los pacientes, no son psicodinámicas, psicoanalíticas ni catárticas, corresponden más bien a lo que en Estados Unidos se denomina psicoterapia de soporte. El trabajo también proporciona un marco particularmente efectivo para la operación de los procesos de grupo. El trabajo de grupo tiene un doble efecto: aumenta la integración social del paciente y promueve la disciplina. Muchas veces

se organizan brigadas de trabajo que consisten en 10 a 12 personas con una labor terapéutica, dos pacientes en remisión que sirven como ayudantes, y otros enfermos en diversos grados de recuperación y de competencia.

El planeamiento de la terapéutica laboral corre a cargo del Ministerio de Salud, pero también participa el Ministerio de Bienestar y el Ministerio de Trabajo. La mayor parte de disposiciones actuales proceden de órdenes fechadas en 1954 y 1956. El trabajo consiste en (1) artes y oficios similares a los que se ven en los hospitales americanos, pero la tendencia es ampliar cada vez menos esos procedimientos. (2) Trabajo ordinario en la institución psiquiátrica, como limpieza, cocina, biblioteca, trabajo profesional, etc. (3) Trabajo agrícola en terrenos del hospital. (4) Asignación a granjas colectivas que sirven como nuevos hogares. (5) Trabajo especial en talleres de producción, organizados y administrados como unidades regulares de factoría. Estos establecimientos pueden encontrarse en hospitales y consultorios, y son usados tanto por pacientes internados como ambulatorios. (6) Participación en talleres protegidos para personas defectuosas (artels). (7) Reasignación en una industria regular con apropiada colocación y supervisión médica. (8) Provisión de un nuevo hogar combinado con una nueva colocación de trabajo. Esta disposición permite una supervisión psiquiátrica, médica y de enfermería continua, mientras el paciente vive con otras familias y trabaja en una localidad próxima. El trabajo dura seis horas diarias en los talleres hospitalarios y siempre es remunerado. Existen todavía muchos problemas no resueltos satisfactoriamente en el sistema, pero en general se puede decir que la terapéutica por el trabajo se caracteriza en la URSS por los siguientes datos: (1) Tiene gran importancia para el tratamiento y rehabilitación del paciente psiquiátrico. (2) Se han hecho grandes inversiones para este objeto en plantas y equipos. (3) Existe estrecha relación entre el trabajo protejido de los talleres institucionales y el trabajo ordinario de afuera. (4) Se recalca la trascendencia del trabajo en grupos. (5) El Estado suministra formas de trabajo terapéutico extremadamente variables e individualizadas. (6) Entre los trabajadores rusos normales existe una mayor disposición para aceptar entre ellos a los pacientes crónicos o convalescientes.

RAUL JERI

LA PSICOTERAPIA FAMILIAR

F. KNOBLOCH, J. KNOBLOCHVA Y M. SOFRNOVA. Acta psiquiátrica y psicológica de América latina. Volumen X. Número 1 Marzo de 1964.

Los autores señalan que el objetivo de la psicoterapia sistemática es mejorar de una manera durable, la adaptación activa del neurótico a su medio. Utilizan un método, que implica un esfuerzo coordinado, dirigido a modificar el medio y de este modo apresurar la curación. En cuanto a las técnicas de psicoterapia familiar utilizadas en el Servicio Psiquiátrico de la Poclinica Universitaria de Praga al cual pertenecen y que utilizan desde 1949, son las siguientes:

1.—Terapia familiar, un terapeuta toma a cargo el paciente. Aplicada a millares de consultantes y cientos de hospitalizados. Se entrevistan al paciente y a la esposa por separado y despues en conjunto. A esto le designan "interacción diag-

nóstica". Durante el tratamieto en intervalos regulares, ven además a otro miembro de la familia, para asegurar su cooperación en la medida de lo posible. El marido juega un papel activo en el tratamiento de su mujer. Esto es contrario a los principios del psicoanálisis, en el cual el tratamiento de la mujer no les incumbe y depende de ella misma y de su médico. Se trata al mismo tiempo de modificar la personalidad del marido, para un mejor equilibrio entre los esposos. El éxito se obtiene, con la aplicación de tres reglas, la de motivación, la de imparcialidad y la de discreción.

2.—Psicoterapia de la pareja por el método de las entrevistas en común con un solo terapeuta. Las entrevistas duran una hora, una vez por semana. Tarea difícil para el terapeuta, pues debe evitar los problemas de culpabilidad y estimular los intercambios entre los esposos. No se hacen distingos entre "el enfermo" y su "pareja", aunque uno de ellos, haya sufrido mayores trastornos neuróticos.

3.—Terapia de grupo aplicada al conyugue. Estas consultas son dirigidas por un médico o un trabajador social psiquiátrico especialista en este género de trabajo. Sólo uno de los esposos es miembro de un grupo, porque la pareja no desea cooperar o porque se ha disuelto el matrimonio, entonces uno de ellos debe aclarar la parte con que ha contribuido a la ruptura del hogar. Es de gran utilidad, dá la ocasión de comparar el conjunto de las relaciones conyugales con el de otras parejas y darse cuenta de sus errores.

4.—Asociación del tratamiento por la comunidad terapéutica y los métodos de grupo. Lo consideran el más eficaz y el más rápido. El paciente es enviado a un Centro de Neurosis, fuera de Praga, e ingresa a una comunidad terapéutica y la esposa con el resto de la familia es atendida en la Policlínica. A veces a los dos se les envía a este Centro. Cuando regresa a Praga el esposo puede continuar si es necesario la terapia de grupo.

5.—Psicoterapia familiar estando cada esposo con terapeutas diferentes. Consideran este método cuando los dos esposos sufren trastornos neuróticos demasiado complejos atribuibles a diferentes causas y no solamente a su situación conyugal.

El fundamento de estos métodos, que utilizan deliberadamente la familia como el campo de batalla para el tratamiento, es el de situar a la persona en su medio actual, modificar las relaciones que tiene con los miembros de su grupo familiar, facilitar la mejor comprensión de sus necesidades mutuas y finalmente ejercer una influencia directa y precisa sobre el individuo en un corto periodo de tiempo.

Esta terapia racional y materialista está basada en la teoria pavloviana de una actividad nerviosa central.

CESAR C. SANCHEZ M.

HIPOCHONDRIASIS: A CLINICAL STUDY

KENYON, F. E.: Brit. J. Psychiat. 110: 478-488, 1964.

Existen controversias acerca de si hay una hipocondría primaria o esencial. En este trabajo se revisan los hallazgos clínicos de una serie numerosa de pacientes para evaluar algunas de las hipótesis expuestas en la literatura y especialmente para de-

terminar si existen suficientes evidencias como para delimitar un grupo separado de pacientes que sufren sólo de hipocondría primaria. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes atendidos en los hospitales Bethlens Royal y Maudsley durante un período de diez años (1951 - 1960) y todos los casos diagnósticados de hipocondría fueron resumidos para estudio adicional. Los casos fueron divididos en dos categorías, teniendo en cuenta si el diagnóstico de hipocondría era el único o primario o si era secundario a otra categoría. Al primer grupo se le designó Grupo Hipocondriaco Primario (PHG) y al segundo, grupo hipocondriaco secundario (SHG). El principal objetivo fue comparar estos dos grupos en una serie de variables para comprobar si existía justificación para formular un diagnóstico único de hipocondría; es decir que los casos de hipocondría primaria fueron comparados con un grupo de control, visto en los mismos hospitales y durante el mismo período de tiempo, pero que tenía otro diagnóstico primario y la hipocondría era una característica secundaria. Para ciertas variables se hicieron también comparaciones con las estadísticas unidas de los dos hospitales, referidas a todos los pacientes vistos aproximadamente en el mismo intervalo y publicadas con informes trienales. El mismo total de pacientes fué 512, de estos 295 estuvieron internados y 217 fueron ambulatorios. Existieron 301 casos de hipocondría primaria y 211 de hipocondría secundaria. Durante 10 años estas cifras dán una incidencia de hipocondría primaria del uno por ciento para internados y 0.9% para ambulatorios, lo que equivalía a 11 nuevos ingresos y 16 ambulatorios por año. Luego se estudian los resultados en 20 tablas comparando siempre ambos grupos, y en algunas oportunidades en la estadística trienal mencionada más arriba. Los datos más saltantes de esta investigación indicaban que la distribución era aproximadamente igual para ambos sexos, la edad de máxima frecuencia era de 30 - 39 años. No existía predominio de pacientes judíos, ni tampoco en las clases sociales más bajas. Al usar el grupo secundario como control, se descubrió que no existían diferencias llamativas entre los dos grupos con respecto a edad, incidencia sexual, religión, clase social y estado civil. En ambos grupos el diagnostico asociado mas frecuente fué el de desorden afectivo. Las regiones corporales más afectadas por las quejas hipocondriacas fueron la cabeza, el cuello y el abdomen.

En un análisis más detallado a los 295 pacientes internados se encontró que el grupo de hipocondría primaria tenía una historia más prolongada de enfermedad actual, un curso menos fásico, una proporción menor de rasgos afectivos ostensibles, y estos pacientes recibieron menos electrochoque y un número menor fué considerado en remisión al salir de alta. En el estudio evolutivo de los casos los dos grupos se aproximan nuevamente en el grado de recuperación, pero entonces el 21% del grupo primario había cambiado de diagnóstico. No existían diferencias esenciales entre los dos grupos con respecto a factores precipitantes, historia psiquiátrica anterior, historia psiquiátrica familiar, antecedentes escolares y laborales, adaptación sexual, rasgos predominantes del estado mental, defectos físicos, cuociente intelectual o personalidad premórbida.

Se concluye diciendo que, por los datos aportados, la hipocondría es siempre parte de otro síndrome, siendo el más frecuente un desorden afectivo.

RAUL JERI

ASPECTO CLINICO DE UN ESTUDIO SEROLOGICO DE LAS PSICOSIS

HOWARD D. KURLAND M.D. W.J. FESSEL MRCP. ROBERT P. CULTLER MD.
Archives of General Psichiatry. Vol. 10. Nº 3. Marzo 1964.

En un trabajo preliminar realizado en dos hospitales, los autores encontraron una diferencia del nivel promedio de macroglobulinas, (325 mlg.%), por el método de ultracentrifugación, entre pacientes maniaco-depresivos y esquizofrénicos. En la presente comunicación llevada a cabo en una tercera población hospitalaria informan que los niveles de macroglobulinas séricas de un grupo de esquizofrénicos estuvieron elevadas en comparación con un grupo de control, sin psicosis. Por la calidad del material empleado en el grupo de control no pudieron poner en claro, la hipótesis sostenida que la elevación de las macroglobulinas séricas en los esquizofrénicos, es un dato específico de stress psicológico. Los diagnósticos clínicos se basaron en el Manual de Diagnóstico y Estadística de de Enfermedades Mentales de la A.P.A. Solo intervinieron los pacientes con desórdenes psicóticos comprobados de tipo maniaco-depresivo o esquizofrénico y el grupo de control tenía historias psiquiátricas detalladas y ninguna hospitalización por razones psiquiátricas. A estos participantes se les aplicó la escala de evaluación de la salud mental (MHR.); la medida del cuociente de inteligencia, mediante la prueba del Instituto Shiplay of Living Scales, para inteligencia verbal y abstracta y por último la prueba para medir la habilidad para el pensamiento abstracto y concreto con el test GMCP. (Gorham Multiple Choice Proverb) con el objeto de estudiar las diferencias psicopatológicas que estarían en relación con los niveles de macroglobulinas; y se encontró que los sujetos esquizofrénicos recuperados tenían una taza de salud mental y un nivel de macroglobulinas, semejante a los esquizofrénicos psicóticos hospitalizados. La aplicación de estas pruebas en un grupo numeroso de pacientes voluntarios esquizofrénicos reveló que de 1/3 a 1/4 de ellos no están libres de desórdenes psicopatológicos; lo cual ha sido comprobado en los llamados sujetos normales voluntarios para proyectos de investigación en los que hay una incidencia de 45 - 52% de alteraciones psicopatológicas.

CESAR SANCHEZ MONTENEGRO

PHENOTIAZINES IN PREVENTION OF PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION. III. DELAY AR PREVENTION OF HOSPITALIZATION

ENGELHARDT, D.M.; FREEDMAN, N.; ROSEN, B.; MANN, D. & MARGOLIS, R. Arch. Gen. Psychiat. 11: 163-169, 1964.

Este artículo es el tercero en una serie de investigaciones sobre los factores que influyen la hospitalización de los enfermos esquizofrénicos. En la primera publicación se demostró que la clorpromazina tenía un marcado efecto reduciendo la incidencia de hospitalización en un grupo de esquizofrénicos crónicos ambulatorios. En el segundo artículo se halló, por la evolución posterior, que si bien la clorpromazina era muy eficaz al principio del tratamiento, su eficacia disminuía progresivamente al transcurrir el tiempo. En contraste, las cifras de hospitalización de los enfermos tratados con placebo eran similares y no estaban relacionados con la longitud de ex-

posición al tratamiento. Estos datos indicaban por tanto que la duración de la exposición terapéutica era una variable importante al evaluar la eficacia del tratamiento por drogas al influir sobre la incidencia de hospitalización en los esquizofrénicos crónicos ambulatorios. En la presente investigación se estudiaron 445 pacientes esquizofrénicos crónicos ambulatorios. admitidos al instituto (Downstate Medical Center, Brooklyn, New York) desde el 1º de mayo de 1958 al 31 de diciembre de 1961, cuyas edades estaban entre 18 y 44 años, tenían todos un diagnóstico primario de esquizofrenia y mostraban signos de enfermedad mental que existía cuando menos un año antes de consultar al servicio. Al admitirlos se les asignaba al azar respectivamente a tres condiciones terapéuticas: clorpromazina, promazina-o-p placebo. Los pacientes permanecían con dicho régimen durante todo el período de observación. La medicación se usó de acuerdo al procedimiento doblemente ciego bajo, la forma de cápsulas que contenían 50 ó 100 mg. de sustancia activa o de placebo. La dosis promedio de los agentes terapéuticos fue de 200 mg. diarios. La dosis promedio de placebo fue de 350 mgs. diarios. El mínimo de exposición terapéutica fué de dos semanas y el máximo de 61 meses. Durante los seis primeros meses de tratamiento hay un efecto amplio de las drogas (P 0,01). Como se esperaba el tratamiento con placebo mostró la más alta cifra de hospitalización (21.1%), la promazina en segundo lugar (14.0%), y la más baja para la clorpromazina (8.5%). Durante el segundo período de seis meses ya no existía diferencia significativa en los índices de hospitalización en las tres condiciones de tratamiento (placebo 16.0%, promazina 10.1% y clorpromazina 11.0%). Los índices de hospitalización para este período podían considerarse comparables. Al año de tratamiento se notó inversión de los índices anteriores. En ese período el grupo placebo tenía la cifra más baja de hospitalización (0,0%), grupo de promazina la más alta (20.0%) y grupo de la clorpromazina ocupaba la posición intermedia (9.2%). La comparación total de las cifras de hospitalización reveló diferencia significativa entre las tres condiciones de tratamiento (P 0,01). La comparación de las cifras de hospitalización por grupos individuales de drogas reveló que, durante el tiempo de tratamiento, la tasa de placebo es significativamente más baja que la de los dos grupos de fenotiazina, cuyas tasas no podían ser diferenciadas estadísticamente (placebo vs. clorpromazina P= 0,048, placebo vs. promazina P= 0.0012, usando la prueba exacta de Fischer para la diferencia entre las dos proporciones usadas). Estos datos indican por tanto que aunque la clorpromazina es eficaz reduciendo la incidencia de hospitalización en los primeros seis meses de tratamiento el efecto no se mantiene si se le compara con el placebo. Durante el segundo período de seis meses las cifras son comparables. Después de un año de tratamiento el placebo parece ser más eficaz que cualquiera de las dos drogas. En consecuencia, la duración de la exposición al tratamiento tiene un efecto diferencial sobre las tasas de hospitalización que dependen del agente administrado. Se hizo entonces un análisis separado para determinar si el efecto diferencial de la duración de la exposición terapéutica entre droga y placebo representa retraso o prevención de la hospitalización por parte de las drogas. Estos cálculos se hicieron con curvas extrapoladas, limitadas porque en un número sustancial de casos tratados no tuvieron oportunidad de alcanzar 30 meses de tratamiento con clorpromazina ni 17 meses de tratamiento con promazina. La extrapolación de los datos de prevalencia en los primeros 15 meses de tratamiento clorpromazínico revelaron que

la curva de hospitalización para ese grupo igualaría en 30 meses a la tasa máxima de placebo. Este dato significaría por tanto que el efecto de la fenotiazina representa más bien retraso y no prevención de la hospitalización. Este retraso permite permanecer al paciente más tiempo en la comunidad y estar asequible al tratamiento ambulatorio por períodos sustancialmente más largos. El retraso de 18 meses en la hospitalización puede tener implicaciones significativas para el paciente, la comunidad y su interacción. Los autores piensan que deben investigar otros factores que podrían prolongar eficazmente el retraso de la hospitalización iniciado por el tratamiento fenotiazínico. Esa investigación no debe limitarse a los agentes psicofarmacológicos, sino debe explorar también la importancia de las fuerzas psicológicas y sociales y de sus efectos.

RAUL JERI

LA PSIQUIATRIA EN UNA CLINICA MEDICO-QUIRURGICA DE EMERGENCIA

ZUNKERMAN, M.A. Archives of General Psychiatry. Elmhurst, N.Y. Vol. 10, Núm. 3. March 1964.

Se lleva a cabo un estudio de pacientes que presentan disturbios emocionales solos o acompañando a alteraciones somáticas y que concurren a una clínica médico-quirúrgica de un hospital general. Los autores se basan en la idea que los problemas psiquiátricos, se deben de atender en forma inmediata y permanente, conforme lo puntualizó uno de ellos desde 1958.

Participaron psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales de un hospital de Nueva York, durante los meses febrero, marzo; abril y mayo de 1963, en las horas comprendidas entre la medianoche y las 8 de la mañana. Un psiquiatra trabajaba 5 noches a la semana dos noches un trabajador social y ocasionalmente lo hacía un psicólogo. Cada paciente era examinado por un médico general, luego un psiquiatra, un trabajador social o un psicólogo. Los pacientes se les clasificó en 8 categorías, desde los casos puramente psiquiátricos hasta aquellos en que era muy relativo el compromiso psíquico. Se atendió un promedio de 20 pacientes por noche, se les atendió e hizo una cuidadosa evaluación según las categorías ya mencionadas. El 50% sufría de desórdenes psiquiátricos relacionados con molestias orgánicas o independientes de ella. Se estableció una comparación a propósito con los pacientes atendidos entre la tarde y la medianoche y se encontró un porcentaje de 25% entre los que estaban incluidos las formas psiquiátricas y otras mixtas. Durante los días de fiesta el porcentaje era similar al correspondiente entre la medianoche y las 8 de la mañana. Por consiguiente en opinión de los autores este 50% de pacientes necesitan atención psiquiátricas, en forma rápida y eficiente al lado de la atención médica general. Cuando se trata de pacientes que concurren asiduamente, se les da atención psiquiátrica oportuna y se disminuye esta carga al hospital.

Finalmente se recomienda que todo hospital general tenga un psiquiatra adjunto al servicio de emergencia, por considerar sus servicios muy útiles al propio hospital y a la comunidad.

CESAR SANCHEZ MONTENEGRO

FOLIE A FAMILLE IN THE PHILLIPPINES

GODUCO - AGULAR, G. & WINTROB, R. Psychiat. Quart. 38: 278-291, 1964.

Se define a las psicosis inducidas como la transferencia de ideas delusivas y comportamiento anormal de una persona a otra, u otras, que han estado en íntima asociación con la persona primariamente afectada. Generalmente un individuo es agresivo —dominante y otro pasivo— sumiso. Las psicosis familiares pueden ser de cuatro variedades fundamentales: impuestas, simultáneas, comunicadas e inducidas. En las psicosis impuestas las delusiones del psicótico son transferidas a la persona mentalmente sana con la cual el psicótico está íntimamente asociado. En las psicosis simultáneas se desarrollan psicosis persecutorias o depresivas idénticas al mismo tiempo, en personas predispuestas. En las psicosis comunicadas la separación del psicótico que impuso la enfermedad en el otro familiar no ocasiona la desaparición de las delusiones en este último. En las psicosis inducidas el recipiente expande el sistema delusivo que ha tomado el inductor. Las teorías que se han propuesto para explicar la producción de estas reacciones psicóticas son tres: (1) Los primeros autores explicaban el fenómeno, diciendo que existían factores constitucionales predisponentes en el recipiente. (2) Otros han opinado que los factores ambientales son de significado primario en el desarrollo de las psicosis de asociación, presentándose la identificación sólo bajo ciertas peculiares interrelaciones. Así se explicaría cómo estas reacciones son mucho más frecuentes en las mujeres, quienes generalmente hallánse bajo sumisión física, tienen menores oportunidades en los campos educativos, sociales y profesionales, y por tanto son más sugestionables y susceptibles de identificarse y depender, de una persona dominante. (3) Finalmente, se ha dicho que la vida en común intimidad es expresión de los lazos inconscientes que posteriormente llevan a ambos individuos a ideas delusivas similares; la delusión común parece ser parte importante de la tentativa de recuperar al objeto a través de la identificación con el o con su sistema delusivo.

Varios autores han distinguido una forma histérica en la cual dos personas íntimamente asociadas comparten la necesidad de la realización del mismo deseo; y una forma psicótica, en la cual la distorsión psicótica no surge de una persona que influye sobre otra, sino más bien de que ambas ya poseían conflictos psíquicos comunes reprimidos que se manifestaron delusivamente primero en una y luego en la otra.

En este artículo se presenta el caso de una paciente de 28 años de edad que indujo manifestaciones psicóticas en tres hermanas, un hermano y el padre. Se trataba de una familia de ocho personas: los padres, un hermano y cinco hermanas. Después de concurrír a un bautismo el padre golpeó a las tres hermanas por haber descuidado a una de ellas (Carmelita) que padecía de tuberculosis pulmonar. Inmediatamente Anita, la mayor de las hermanas, salió hacia la iglesia y no regresó en tres días. Al volver estaba agitada y habladora. Los demás miembros de la familia se asustaron y ella les hizo orar por sus pecados, ya que se aproximaba el fin del mundo. Decía que era el Espíritu Santo, hacia movimientos de alas con su brazos y danzaba. El resto de la familia comenzó a hacer lo mismo automáticamente. Varios días después una tía fué a inquirir por la salud de la enfer-

ma. Entró a la casa. Luego de muchas horas se oyeron cantos. Los familiares de la tía solicitaron entonces que se abrieran las puertas de la casa. Así lo hizo la policía municipal y encontraron que Carmelita, estaba muerta en su cama, en el piso se hallaba el cuerpo de la tía, que había sido asesinada mediante golpes, y todos los miembros de la familia bailaban alrededor de los cadáveres, moviendo los brazos como si fueran alas. Los cinco hermanos fueron llevados a un hospital psiquiátrico y los padres a la prisión.

La observación demostró que Anita había presentado manifestaciones psicóticas desde un año atrás cuando menos. Los demás hermanos exhibían en grados variables, desorientación, descuido personal, comportamiento extraño, ideas delusivas, tendencias agresivas, alternando con ansiedad, labilidad emocional y somnolencia.

Se logró determinar que, al entrar la tía a la casa, Anita le pidió que besara el cadáver. Como ésta no pudo hacerlo: temblaba y no era capaz de moverse. Pensaron entonces que se había transformado en un espiritu maligno. Anita ordenó luego que formaran un círculo alrededor de la tía con una escoba. Como no lograban exorcizar al demonio, optaron por matarlo, golpeando a la tía hasta que falleció.

Pocos días despues de estos acontecimientos los hermanos recuperaron completamente su estado mental normal. Anita fue sometida a tratamiento, sus síntomas persistieron por muchos meses, pero finalmente remitieron.

Para los autores este ejemplo de alienación familiar pertenece a la variedad de psicosis inducida. Anita era una figura claramente dominante, y en ella se hizo evidente la locura primero, para después extenderse a los demás miembros de la familia. Esta se sometió pasivamente y coparticipó del sistema delusivo. Esta familia era una de las más ricas de la aldea. La tercera de las hermanas había estado en la Universidad, y las dos mayores eran maestras de escuela. Es posible que el padre viera amenazado su rol de autoridad tradicional por la educación superior de sus hijas. Clara, la hermana más cultivada, era asimismo una amenaza para las mayores, quienes en la vida tradicional de la villa deberían tener una situación más elevada.

En Filipinas se cree firmemente en la brujería y en la posesión por espíritus. Anita se reveló muchos meses antes del episodio relatado, como curadora por hierbas y por acción divina. Es así como el conflicto dominante en la familia surge en manifestaciones de un proceso primario. Las fantasías hostiles primitivas dirigidas al padre y otros hermanos, rompen la barrera de la represión y cada hermano desarrolla una identificación histérica con el agresor, en este caso Anita, dando por resultado el homicidio propiciatorio de la tía. Las fantasías hostiles se desplazaron de los objetos primarios a la inocente tía. Había una doble proyección en este grupo: la tía deviene el objeto de proyección de los impulsos asesinos de los hermanos; Anita es el objeto de proyección de las demandas del super yo de los familiares. Identificándose con la omnipotente y omnisapiente Anita, es posible asesinar por razones de pureza y justicia, sin remordimiento mientras dura la distorsión psicótica.

RAUL JERI

INDIVIDUACION Y TRASTORNO MENTAL

VIDAL, GUILLERMO. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América latina, Vol. X, N°. 3, Pag. 191, Setiembre 1964.

El autor, siguiendo la huella de sus anteriores comunicaciones y luego de un breve bosquejo histórico en el que presenta las concepciones más trascendentes acerca de la formación de la personalidad, desarrolla su propia teoría bajo la epígrafe de la Individuación, que según él, es el proceso en virtud del cual uno se percibe como único e idéntico así mismo en el curso del tiempo y distinto con respecto a los demás, organizándose el yo en cuanto diferenciación, identidad y conciencia a partir de su nacimiento o estado indistinto primario, durante toda la vida en un intento de asegurar su inserción dialéctica en su grupo y en su tiemepo. Mas adelante analiza tres etapas críticas en el proceso de individuación: la de incorporación, la de pubertad y adolescencia y la de involución, en las que surgen serias dificultades en relación con el prendimiento, entendiéndose así una relación confusa y anacrónica con las figuras parentales a las que se queda existencialmente adherido, y que plantea una contradicción insuperable dentro del propio yo y que hace que, el enfermo mental, tenga que alienar, distanciar una parte de sí para poder seguir siendo él, como quien arroja un lastre para poder mantenerse a flote. Viendo de este modo las cosas el trastorno mental vendría a ser una cuestión de límites, una contradicción no superada que proviene de la discrepancia entre el grado de individuación familiar, determinado por el prendimiento, y el que le reclama su grupo social.

RUBEN RIOS CARRASCO

SYMPTOM AND TRAIT IN SCHIZOFRENIA

BECK, S.J.; Am. J. Orthops. 34: 517. Abril 1954.

La variedad y pluralidad de síntomas determina, por lo común, dificultades diagnósticas. Para los propósitos terapéuticos del psiquiatra es menester claridad en la aprehensión de la total condición humana del paciente. En psicopatología los síntomas son manifestaciones de rasgos (traits), es decir, de los procesos psicológicos a través de los cuales el individuo se expresa en su comportamiento y en sus transacciones adaptativas con el medio ambiente.

Tales son las tesis que presenta el autor informándonos acerca de algunas elaboraciones obtenidas a partir de sus investigaciones en esquizofrénicos en el Michael Reese Hospital y en la Orthogenic Schooll de la Universidad de Chicago. Beck busca agrupar a los pacientes mediante esquemas de personalidad derivados de la estructuración de sus rasgos, bajo la hipótesis clínicamente racionalizada que tales descripciones sean significativas y diferenciales. De este modo identifica cinco rasgos:

I.—Defensas: Constrictivas, Patogénicas, de Ajuste.

II.—Integración Asociativa: Ordenada, Desorganizada.

III.—Actividad de la fantasía: Autística, Regresiva, Escasa o nula, Potencialmente creadora.

IV.—Estado emocional: Labilidad, Tono fijo, Control de la liberación.
V.—Adaptación Social: Auto absorbida, Auto deprivada, Restitucional, Constructiva en sus objetivos de vida.

En el registro de los datos han participado psiquíatras y psicólogos. Los criterios para el registro sintomatológico por parte de los primeros, han seguido los lineamientos de Grinker, quien, asumiendo una actitud ecléctica, enmarca la investigación dentro de cuatro parámetros: 1.—Funciones del Yo que se han perdido y grado en que se han perdido. 2.—Formulación precisa de la vida emocional intentando determinar el nivel de existencia actual de los sentimientos e impulsos. 3.—Organización yoica y emocional concerniente a las defensas contra el proceso de disolución en la progresión de la enfermedad y 4.—Medios que están siendo utilizados para intentar la restitución de la organización emocional y de los factores del Yo. Por parte de los psicólogos, con el objeto de obtener una versión complementaria y una apropiada metodología estadística, se aplicó el Cuestionario de Stephenson y el Test de Rorschach, los resultados de todos los investigadores fueron correlacionados y analizados factorialmente.

La hipótesis del autor señala que los rasgos que delínea son los determinantes psicológicos de los comportamientos manifiestos, constituyen así, funciones del indiduo y se expresan diferencialmente en cada uno. Mediante ellos debemos advertir los procesos intactos del paciente.

El autor otorga importancia a sus resultados en cuanto abren una vía hacia el criterio clínico, en términos de fuerza psicológicas hipotéticas, ya que los rasgos factorizados son uniformizaciones abstractas en el sentido de fuerzas productoras de síntomas manifiestos. En esta selección de los rasgos determinantes se han fusionado cinco puntos de vista teóricos: a) El bleuleriano b) el rorschachiano c) el cuestionario de Stephenson d) el marco dinámico de referencia de Grinker y e) la propia orientación del autor. El propio autor señala, en cuanto a la validez de este enfoque, que al igual que todo criterio de validación en psicología es cuestionable, siendo su aplicación útil en tanto brinda información predictiva en cuanto al comportamiento que pudieran tener los pacientes dadas ciertas condiciones en su medio ambiente, cuya esencia reside en que son uniformidades psicológicas dentro de comportamientos fenoménicamente diferentes como son los síntomas manifiestos a la observación. Cada rasgo varía a lo largo de dos o más dimensiones y permite sortear la naturaleza proteica de los síntomas, los rasgos están situados teóricamente en un punto intermedio entre los datos observables y las construcciones hipotéticas de orden más elevado como por ej. el Yo; en otras palabras el rasgo está situado entre la persona y el síntoma y constituye el equipo adaptativo del paciente, la uniformidad latente en la multiplicidad sintomática visible.

MAX HERNANDEZ

CONVENIO DE ENTRENAMIENTO EN UN CURSO DE ULTIMO AÑO DE PSIQUIATRIA

PETER E. SIFNEOS: "The American Journal of Psychiatry". Vol. 121 Nº 1 - July, 1964.

Si bien muchas veces estudiantes en entrenamiento y profesores están de acuer-

do en lo que es un buen entrenamiento en Psiquiatría; sus esperanzas, espectativas y opiniones, en algunas oportunidades, difieren substancialmente; este trabajo presenta ambos puntos de vista, por una parte se toma la opinión de 180 alumnos de la Escuela Médica de la Universidad de Harvard y de los estudiantes del último año del Hospital General le Massachusetts, a los que se entregó un formulario para que expongan sus sugerencias y las mejoras en el entrenamiento que creyesen convenientes. La opinión de los estudiantes fué:

a) Esperan un buen y variado material clínico, que consideran básico para entender los conceptos psiquiátricos.
b) Desean ver el tipo de pacientes que creen verán luego en su ejercicio profesional: Neuróticos, Emergencias Psiquiátricas, Problemas médicos con concomitantes psiquiátricos.
c) Quieren plena responsabilidad en la psicoterapia de algunos pacientes.
d) Desean breves seminarios sobre: Definición de términos psiquiátricos, Psicoanálisis, Psicofarmacología, Pruebas psicológicas.
e) Desean observar entrevistas efectuadas por un profesional con experiencia.
f) Quieren libertad para trabajo independiente.

Las facultades consideran importante:
a) Exponer muchos pacientes al estudiante, pero darle por un buen período la responsabilidad de sólo uno, con una intensiva supervisión de un tutor. Esa es a su juicio la mejor manera de enseñar Psiquiatría.
b) Llegar a un acuerdo sobre la nomenclatura psiquiátrica, los términos deben ser explicados de modo sencillo y debe evitarse "la jerga psiquiátrica".
c) El énfasis debe ser puesto sobre el "proceso" y menos sobre la nosología.
d) Los nuevos medios de demostración con cintas grabadas, o entrevistas mimeografiadas debe emplearse.
e) Deben hacerse cuidadosas observaciones de los tratamientos.
f) Si bien la enseñanza en bloque es útil, la enseñanza de "dinámica" debe tomar un tiempo largo.
g) Los problemas "de resistencias personales" de los estudiantes deben ser tratados adecuadamente.
h) Deben tenderse puentes adecuados sobre los conceptos teóricos y la práctica.

Finalmente el autor subraya que en el Hospital General de Massachusetts se han intentado solucionar algunos problemas, así los estudiantes pasan la mayor parte del tiempo en la clínica psiquiátrica, donde ven uno o más pacientes en psicoterapia bajo la atenta intervención del supervisor, ven algunos pacientes con problemas psicóticos agudos, y pasan cuatro tardes semanales en la clínica ante un flujo constante de pacientes, de los que unos 16 son presentados al supervisor que a su vez interroga y luego discute con el supervisado. Un fin de semana por mes ven pacientes somáticos con problemas psicológicos que son discutidos adecuadamente; con esta variedad de impresiones son sometidos a un profesor que coordina estos conceptos tres horas semanalmente, dándose además cursillos de Investigación, Pruebas, etc., para satisfacer las necesidades de los estudiantes.

Moisés LEMLIJ.

NOTAS DE ACTUALIDAD

REUNION CONJUNTA

En el Paraninfo de la Facultad de Medicina se realizó la Primera Reunión Conjunta que, la American Psychiatric Association y el Departamento de Ciencias Psicológicas, habían programado para el día 16 y 17 de Mayo último. Dada la trascendencia y la calidad científica de este evento tenemos el agrado, en este nuestro primer número, de publicar los trabajos en el orden en que fueron presentados.

En la sesión de apertura el Decano de la Facultad, Dr. Alberto Guzmán Barrón, dió la bienvenida a tan ilustres visitantes y subrayó la importancia de esta reunión tanto por el afán de acercamiento y comunicación que implica, cuanto por por el intercambio de conocimientos y experiencias. El Dr. Daniel Blain, Presidente de la American Psychiatric Association agradeció, a nombre de ella, con frases emocionadas, a continuación el Dr. Carlos Alberto Seguín abordó con amplitud el el tema "Las relaciones entre la Psiquiatría Latino-americana y la Psiquiatría de los Estados Unidos".

Los Drs. Daniel Blain y Max Arnillas Arana presidierón la primera sesión y los Drs. Jack Ewalt y Raúl Jerí la que se llevo a cabo por la tarde.

III CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSIQUIATRIA.

Bajo el patrocinio del Supremo Gobierno del Perú y la Universidad Mayor de San Marcos, está siendo organizado por la Asociación Psiquíatrica de América Latina el Congreso del epígrafe, que se llevará a efecto en esta ciudad entre el 25 y 31 del mes de Octubre próximo y tendrá como temas oficiales los siguientes:

a) Plantas y drogas psicótropas latino-americanas
b) Psiquiatría folklórica latino-americana
c) Dinámica del Grupo
d) Psicología y psicopatología del embarazo y del parto, y
e) Estado actual de la psiquiatría en el Perú.

GRADO DE DOCTOR.

El 1º de Junio pasado le fué conferido el grado de Doctor en Medicina al Dr. Oscar Valdivia Ponce, Profesor Asociado del Departamento, quien presentara la Tesis intitulada "Historia de la Psiquiatría Peruana" y obtuviese las más altas notas en los exámenes correspondientes, rendidos ante el Jurado conformado por los Drs. Carlos Alberto Seguín, Hugo Pesce y Ramón Criado.

CURSO PARA GRADUADOS.

En colaboración con la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, nuestro Departamento ha iniciado el primer curso oficial para la especialización en Psiquiatría cuya reglamentación, programas y estructuración tendremos el agrado de publicar nuestro próximo número.

LIBROS NUEVOS

Acaba de editarse la obra del Dr. Oscar Valdivia Ponce "Historia de la Psiquiatría Peruana", valioso e imparcial enjuiciamiento de hombres e ideas que han estructurado el desarrollo de esta disciplina en nuestro país, y ya se anuncia la aparición del libro "La preparación psicológica del estudiante de Medicina" en el que, el autor, Dr. Carlos Alberto Seguín, hace una amplia exposición de la doctrina y la praxis del Departamento.

PRIMER SEMINARIO DE EDUCACION MEDICA

Entre el 5 y el 11 de julio, y organizado por las diferentes Facultades de Medicina del país, se cristalizó un sentido anhelo, al realizarse el Primer Seminario de Educación Médica, cuyos temas oficiales se refirieron a los Curricula, la Docencia y los requisitos mínimos para el funcionamiento de una Facultad de Medicina; habiéndose, en el primer acápite, recomendado adoptar programas similares al de nuestro Departamento con tal fin se distribuyeron copias del trabajo "La Psicología en la Enseñanza Médica", que compendia y establece nuestra actitud docente.

PARTICIPACIONES HONROSAS

Como corolario de su asistencia, en representación del Dpto. de Ciencias Psicológicas, al Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Social y al Noveno Congreso de Psicología Médica, en el que presidió una sesión plenaria, ambos llevados a cabo en Londres en Agosto último, el Dr. Carlos Alberto Seguín fué nombrado miembro de la Comisión Organizadora de la Asociación Internacional de Psiquiatría Social y de la Comisión Directiva de la Federación Internacional de Psicoterapia Médica. Así mismo presidió una mesa redonda y tomó parte en diferentes sesiones plenarias en el Primer Congreso Internacional de Psicodrama organizado en la primera semana de Setiembre en París, y asistió como invitado especial de la Oficina Sanitaria Panamericana, al Seminario sobre Educación Médica realizado en Santiago de Chile.

PARTICIPACION EN CONFERENCIAS

Nuestro Departamento participó en el ciclo de conferencias organizado por la Asociación de Docentes de la Facultad de Medicina por medio de los Drs. Max Arnillas Arana, quien dió una conferencia acerca de Hipólito Unánue el día 2 de junio, y Rubén Ríos Carrasco, quien presentó el trabajo "Tesis e Investigación en la Facultad de Medicina" el 8 del mismo mes.

INVITACION DE LA UNIVERSIDAD DE TRUJILLO

Gentilmente invitado por dicha Universidad, el Dr. Max Arnillas Arana dictó un ciclo de charlas en homenaje al Aniversario de la Fundación del Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.

MESAS REDONDAS

Entre las periódicas mesas redondas, que la Comisión de Actividades Científicas, Congresos, Conferencias, etc. ha preparado para Docentes y alumnos, merecen recordarse, por el amplio debate que suscitaron y los interesantes aportes que se hicieran, las que tuvieron como temas "La Nueva Ola y los fenómenos de desadaptación juvenil en nuestro medio", "La relación Profesor-Alumno" y "El amor y el sexo en la Familia Peruana".

VIAJES DE ESPECIALIZACION

Dos destacados miembros del Dpto. están siguiendo cursos especiales en renombradas instituciones extranjeras, se trata del Dr. Alberto Perales Cabrera, quien se encuentra en el Allan Memorial Institute de la Mc. Gill University de Montreal, y del Dr. Saúl Peña Kalenkautsky, quien ha ingresado al Maudsley Hospital de Londres.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

a) *La Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas, órgano del Departamento de Ciencias Psicológicas y de la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es una publicación universitaria trimestral.*

b) *Toda comunicación deberá ser remitida al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina, Av. Grau s/n. Lima, Perú, ó a la Asignatura de Neurología, Sala San Luis, Hospital 2 de Mayo.*

c) *Se admitirán artículos inéditos que a juicio del Comité de Redacción, merezcan ser publicados y que deberán reunir las siguientes condiciones:*

1. *Los originales deberán ser escritos a máquina, a doble espacio y por un solo lado, en papel tipo carta.*
2. *Su extensión no deberá exceder 40 páginas.*
3. *Su redacción y bibliografía deberán ajustarse a las normas internacionalmente establecidas y en lo posible al esquema siguiente: INTRODUCCION, HISTORIA, MATERIAL Y METODO, RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES, RESUMEN Y BIBLIOGRAFIA.*
4. *Las ilustraciones deben ser numeradas i remitidas en hojas separadas indicando las leyendas y el lugar donde deben consignarse.*
5. *Deberán terminar con un breve resumen en español e inglés.*

d) *Los autores que deseen separatas deberán indicarlo así; los gastos de impresión correrán por su cuenta.*

e) *Ningún original será devuelto, sea publicado o no.*

f) *La revista no se hace responsable por las opiniones vertidas por los autores.*

SUSCRIPCIONES

Número suelto: en el Perú S/. 30.00 en el extranjero $ 1.50

Suscripción anual: en el Perú S/. 120.00 en el extranjero $ 6.00

COMISIONES DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

DOCENCIA PRE-GRADO	Encargado	: *Dr. Max Silva*
	Colaborador	: *Dr. José Alva*
DOCENCIA PARA GRADUADOS	Encargado	: *Dr. Oscar Valdivia*
	Colaboradores	: *Dr. Renato Castro*
		Dr. Rubén Ríos
TRABAJOS CIENTIFICOS E INVESTIGACION	Encargado	: *Dr. Sergio Zapata*
	Colaboradores	: *Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. Rubén Ríos
ACTIVIDADES CIENTIFICAS CONGRESOS, CONFERENCIAS, etc. .	Encargado	: *Dr. A. Colmenares*
	Colaboradores	: *Dr. Max Arnillas*
		Dr. Sergio Zapata
		Dr. Oscar Ríos
MATERIAL DE ENSEÑANZA	Encargado	: *Dr. José Alva*
	Colaboradores	: *Dr. Max Silva*
		Dra. A. Sánchez
		Dra. Elia Izaguirre
		Dr. Carlos Gutierrez
		Dr. Roberto Villalón
PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA ..	Encargado	: *Dr. Rubén Ríos*
	Colaboradores	: *Dr. Hugo Díaz*
		Dr. Max Silva
		Dr. Roberto Villalón
VIAJES Y BECAS	Encargado	: *Dr. Alberto Péndola*
	Colaboradores	: *Dr. Oscar Valdivia*
		Dra. Elia Izaguirre
		Dr. Oscar Ríos
RELACIONES PUBLICAS	Encargado	: *Dr. Max Arnillas*
	Colaboradores	: *Dr. Max Silva*
		Dr. Alberto Péndola
		Dr. A. Colmenares
		Dr. Rubén Ríos
GRUPOS DE TRABAJO	Encargado	: *Dr. Renato Castro*
	Colaboradores	: *Dr. Juan A. Robles*
		Dr. H. Napurí


TALLERES GRAFICOS
P.L. VILLANUEVA S.A.